SYSTÈME INFORMATIQUE PÉRINATAL

Histoire Clinique Périnatale

et Formulaires Complémentaires

Instructions de remplissage et Définition des termes

Fescina RH
De Mucio B
Martínez G
Díaz Rossello JL
Mainero L
Rubino M

Organisation panaméricaine de la Santé
Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé

Centre Latino-américain de Périnatalogie
Santé de la Femme et Santé Reproductive CLAP/SMR

Publication Scientifique CLAP/SMR N° 1572.04

2010

SYSTÈME INFORMATIQUE PÉRINATAL

HISTOIRE CLINIQUE PÉRINATALE

et Formulaires Complémentaires

Instructions de remplissage et Définition des termes

Fescina RH
De Mucio B
Martínez G
Díaz Rossello JL
Mainero L
Rubino M

Centre Latino-américain de Périnatalogie / Santé de la Femme et Santé Reproductive
CLAP/SFR
Santé de la Famille et de la Communauté
Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé

www.clap.ops-oms.org
postmaster@clap.ops-oms.org

Publication Scientifique CLAP/SMR 1572-04 Montevideo - Uruguay - 2010

Titre traduit:

Perinatal information system: perinatal clinical record: filling instructions and definition of terms.
Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Système informatique périnatal (SIP): histoire clinique périnatale: instructions de remplissage et définition des termes.

Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publication Scientifique; 1572.04)
Descripteurs:Systèmes d'Information / Histoire Clinique du Patient / Registres Médicaux / Soin Périnatal/ Soins Prénatals

Centre Latino-américain de Périnatalogie / Santé de la Femme et Santé Reproductive
CLAP/SMR
Santé de la Famille et de la Communauté
Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS)

Boîte postale 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Téléphone: +598 2 487 2929, Télécopie: +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
www.clap.ops-oms.org
http://perinatal.bvsalud.org/

SYSTÈME INFORMATIQUE PÉRINATAL
Histoire Clinique Périnatale et Formulaires Complémentaires
Instructions de remplissage et définition des termes.

Publication Scientifique CLAP/SMR 1572-04
2010

ISBN 978-92-75-23062-6
Dessin graphique: Juan Carlos Iglesias

S O M M A I R E

	P.
INTRODUCTION	3
CONTENU DU PRÉSENT MODE D'EMPLOI	6
SECTIONS DE L'HISTOIRE CLINIQUE PÉRINATALE	18
• IDENTIFICATION	18
• ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX, PERSONNELS ET OBSTÉTRIQUES	21
• GESTATION ACTUELLE	25
• ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT	38
• MALADIES (Pathologiques Maternelles)	44
• NOUVEAU-NÉ	45
• SUITES DE COUCHE	49
• SORTIE DU NOUVEAU-NÉ	50
• CONTRACEPTION	53
• AVORTEMENT	54
• ADMISSION POUR AVORTEMENT	55
• PROVENANCE	56
• PROCÉDÉ PRÉALABLE	57
• TRAITEMENT/PROCÉDÉ	64
• PROCÉDÉ POSTÉRIEUR	67
• CONTRACEPTION	69
• SORTIE	70
HISTOIRE CLINIQUE D'HOSPITALISATION NÉONATALE	73
• IDENTIFICATION	73
• TRANSPORT	75
• ENTRÉE À NÉO	77
• PATHOLOGIE	79
• TRAITEMENTS	82
• SORTIE	84
• TAMISAGE /IMMUNISATION	86
• PROMOTION DE SANTÉ	88
• INDICATIONS À LA SORTIE	89
• SUIVI COORDONNÉ	90
GRILLE QUOTIDIENNE NÉONATALE "Mes Registres quotidiens"	91
• IDENTIFICATION ET CONDITION ACTUELLE	91
• SOINS PROGRAMMÉS	94
• CONTRÔLES VITAUX	95
• PERTES	96
• APPORTS	97
• SOINS PROGRAMMÉS	99
• SOINS RESPIRATOIRES	100
• EXAMENS PARACLINIQUES	101
• OBSERVATIONS	102
• Classification Internationale de Maladies (CIM) liées à des grossesses se terminant en avortement	103
• RÉFÉRENCES BIBLIOGRAFIQUES	106

SYSTÈME INFORMATIQUE PÉRINATAL: HISTOIRE CLINIQUE PÉRINATALE

Introduction

Le Centre Latino-américain de Périnatalogie / Santé de la Femme et Santé Reproductive (CLAP/SMR) est un centre et une unité technique de l'Office Panaméricain de la Santé (OPS) qui offre du conseil technique aux pays d'Amérique Latine et des Caraïbes dans le domaine de la santé sexuelle et de la santé reproductive.

Les Objectifs de Développement du Millénaire des Nations Unies envisagent un grand défi en ce qui concerne le monitoring des indicateurs des buts liés à la santé sexuelle et reproductive. Les systèmes d'information doivent faciliter l'accomplissement de ces engagements et en plus garantir les prestations offertes. Cette qualité des soins est soutenue par l'organisation des services et par un système d'information adéquat qui doit compter sur une Histoire Clinique appropriée et un flux d'information garantissant, à la personne qui s'occupe du cas dans l'endroit et au moment où elle le fera, qu'elle a en son pouvoir toutes les données nécessaires pour une gestion correcte.

En 1983, le CLAP/SMR a publié le Système Informatique Périnatal (SIP). Le SIP est un produit à consensus technique parmi des centaines de professionnels de la Région convoqués périodiquement par le CLAP/SMR pour sa révision et fait partie des outils (tool kit) de l'OPS pour améliorer la qualité des soins offerts aux mères et aux nouveau-nés. En plus de 25 ans de son développement, il recueille les leçons apprises dans sa mise en place à tous les niveaux des soins de la femme enceinte, la mère, le nouveau-né dans la plupart des pays d'Amérique Latine et des Caraïbes.
Sa validation est le résultat d'un long processus d'adoption et utilisation soutenue dans des centaines d'institutions d'assistance publique, de Sécurité Sociale et Hôpitaux Universitaires de la Région. Sa durabilité se base sur la formation du personnel, que le CLAP/SMR a entamé dans la plupart des services publiques de soins périnatals et qui fait partie du plan d'études d'enseignement dans grand nombre d'écoles de médecins, infirmiers et sages-femmes de la Région. Les données de chaque femme enceinte et de son enfant, sont recueillies dès la première visite avant la naissance, en accumulant l'information des événements successifs jusqu'à la sortie de tous les deux, après l'accouchement.

Le SIP est constitué par un groupe d'instruments originairement conçus pour être utilisés dans les services de gynécologie obstétrique et néonatologie.
Ces instruments sont l'Histoire Clinique Périnatale (HCP), le carnet périnatal, le formulaire d'avortement, le partogramme, l'hospitalisation néonatale, les soins infirmiers néonatals et les programmes de capture et traitement local des données.

Les objectifs du SIP sont:
• servir de base pour planifier les soins
• vérifier et continuer l'implantation de pratiques basée sur des évidences
• unifier le recueil de données en adoptant des normes
• faciliter la communication parmi les différents niveaux
• obtenir localement des statistiques fiables
• favoriser l'accomplissement de normes
• faciliter la formation du personnel de la santé
• registrer des données à intérêt légal
• faciliter les audits
• caractériser la population assistée
• évaluer la qualité des soins
• catégoriser des problèmes
• réaliser des recherches épidémiologiques opérationnelles

Le SIP permet que dans la clinique maternelle, les données de l'HC puissent être saisies dans une base de données créée avec le programme du SIP et produire ainsi des rapports locaux. Au niveau de pays ou de région, les bases de données peuvent être consolidées et analysées pour décrire la situation de divers indicateurs dans le temps, par zones géographiques, réseaux de services ou autres caractéristiques de population spécifiques. Au niveau central, il devient un instrument utile pour surveiller des événements maternels- néonatals et pour évaluer des programmes nationaux et régionaux.

Tous les formulaires peuvent s'imprimer depuis le Programme SIP2007. Cette nouvelle capacité du SIP2007 produit un document facile à lire, avec les données entrées jusqu'à ce moment.
Au moment de la sortie de la mère et son nouveau-né, on peut imprimer le document avec tous les formulaires complets. Le personnel de la santé bénéficie, de cette façon, de registrer un processus de soins prolongé et parfois complexe.
Depuis1983 l'HC a été modifiée à plusieurs reprises. Ces modifications répondent au besoin de maintenir toujours à jour son contenu avec la meilleure évidence scientifique disponible, par exemple en incluant les priorités- nationales et internationales- définies par les Ministères de la Santé de la Région. Son format et conception, par contre, ont subi peu de modifications. Les données cliniques depuis la gestation jusqu'aux suites de couche se présentent en une seule page, la plupart des données cliniques n'exigent que le registre d'une marque dans des espaces prédéfinis et les données qui exigent plus d'information, étude ou suivi (alerte) sont présentées en jaune.

Dans ce document, le CLAP/SMR présente la dernière version de l'HCP et des formulaires complémentaires qui ont été développés comme des instruments qui cherchent à s'occuper des priorités actuelles de la région.

Pour faciliter la formation et l'utilisation de ces documents, ce mode d'emploi cherche à informer les usagers du SIP à propos des termes, définitions et manières d'obtenir des données cliniques valables.

Le formulaire complémentaire pour des femmes en situation d'avortement a l'objectif d'améliorer les registres d'avortement, mieux connaître l'épidémiologie et réduire la morbidité- mortalité de la femme pour cette cause.

Le formulaire est le fruit de la coopération entre OPS/OMS-CLAP/SMR et IPAS.
Les formulaires complémentaires pour l'hospitalisation néonatale et la grille quotidienne des soins a pour but de registrer ces soins quand cela exige des soins de la part d'infirmiers spécialisés.

Contenu du présent mode d'emploi

Comme on a déjà expliqué ci-dessus, l'HCP est un instrument conçu pour aider à prendre des décisions liées à la gestion clinique individuelle de la femme enceinte au cours du contrôle prénatal, l'accouchement et les suites de couche et du nouveau-né et/ou l'admission pour avortement, y compris la période post-avortement jusqu'à la sortie de l'hôpital.
Quand son contenu fait partie d'une base de données, l'HCP devient un instrument utile pour la surveillance clinique et épidémiologique de ces événements du point de vue de la Santé Publique.

Il est essentiel que les données registrées dans l'HCP soient complètes, valables, fiables et standardisées. Pour aider les usagers du SIP à atteindre cet idéal, ce mode d'emploi inclut l'information suivante :

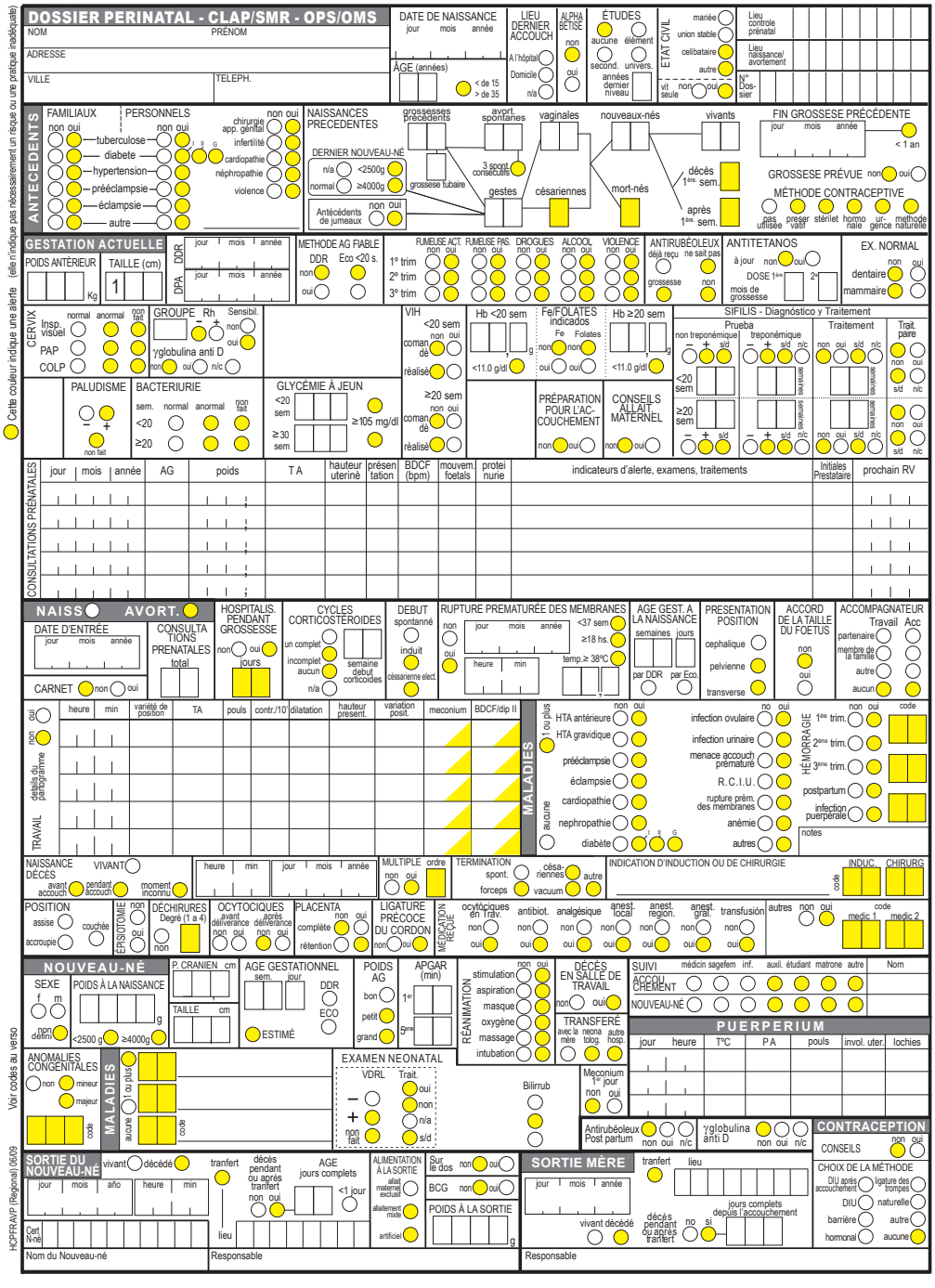
- Explication concise à propos de la définition et les concepts liés aux termes inclus dans l'HCP
- Si cela s'avère important, on suggère l'emploi de formes valables d'obtenir la donnée (que ce soit une question, observation, ou mesure)
- Description concise de la justification pour inclure la variable dans l'HCP

Cette information est présentée en suivant les sections de l'HCP.
Les termes de l'HCP seront présentés, aussi bien dans leur dénomination complète que dans leur version abrégée ou initiales.

Les sections de l'HCP disposent de différentes formes pour le recueil de données	
Dans quelques secteurs, il y a des espaces libres qui admettent l'écriture de lettres et de chiffres, comme on voit dans l'exemple	DOMICILE *Avenue des Amériques 6937*
D'autres secteurs ont une forme rectangulaire et n'admettent que des chiffres	années dernier niveau 6
Finalement quelques données seront registrées en marquant dans un cercle	non ○ oui ●
La forme correcte de marquer les numéros c'est en remplissant les cases	gestas previas = 3 [0][3] Hb = 9,5 [0][9] leucocitos = 5000 [0][5][0][0][0]
Les formes correctes de marquer les cercles sont les suivantes:	☒ ☑
Toute autre forme de remplissage doit être évitée, par exemple:	■

Dans les pages suivantes on présente l'Histoire Clinique Périnatale Régionale (recto/ verso) avec le formulaire complémentaire pour des Femmes en Situation d'Avortement et les formulaires d'hospitalisation et la grille quotidienne des soins.
CLAP/SMR a développé d'autres systèmes comme celui de l'adolescent et le périnatal communautaire, qui ne figurent pas dans ce mode d'emploi.

Histoire clinique périnatale régionale (recto)



Histoire Clinique Périnatale Régionale (verso)

CLAP (OPS/OMS) Système informatique périnatal — Dossier périnatal de base

LISTE DE CODES

Les numéros de la colonne de gauche servent à la codification du présent formulaire. Les codes de la colonne de droite sont les équivalences selon la Classification Internationale de Maladies (CIM-10) OPS/OMS 1992.

PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA PUERPERALITÉ

50	GROSSESSE MULTIPLE	O30
51	HYPERTENSION PREEXISTANTE	O10
01	Hypertension essentielle préexistante	O10.0
02	Hypertension secondaire préexistante	O10.4
52	HYPERTENSION GESTATIONNELLE	O13, O14
04	Hypertension de la mère	O16
05	Hypertension gestationnelle sans protéinurie importante	O13
06	Hypertension gestationnelle avec protéinurie importante	O14
53	Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11
54	ECLAMPSIE	O15
55	CARDIOPATHIE	Z86.7
56	DIABÈTE	O24
57	Diabète préexistant, insulino-dépendant	O24.0
58	Diabète préexistant, non insulino-dépendant	O24.1
59	Diabète survenant au cours de la grossesse	O24.4
07	Anomalies de l'épreuve de tolérance au glucose	R73.0
60	INFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE	O23.0-O23.4
08	Résultat anormal de l'examen microbiologique des urines	R82.7
61	AUTRES INFECTIONS	O98,B06,B50-B54,A60
62	Infections de l'appareil génital	O23.5
09	Syphilis	O98.1
10	Gonococcie	O98.2
11	Paludisme	B50-B54
12	Herpes simplex ano-genital	A60
63	Hépatite virale	O98.4
64	Tuberculose	O98.0
80	Rubéole	B06.O, B06.8 y B06.9
65	MALADIES PARASITAIRES	O98.8
77	Chagas	O98.6
78	Toxoplasmosis	O98.6
66	RETARD DE CROISSANCE ET MALNUTRITION DU FOETUS	P05
67	ACCOUCHEMENT AVANT TERME	O60
13	Béance du col	O34.3
68	DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O64, O65, O69
14	Dystocie due a une présentation anormale du fœtus	O64
15	Dystocie due a une anomalie pelvienne de la mere	O65
16	Dystocies dues au fetus	O66
69	HÉMORRAGIE DU DÉBUT DE LA GROSSESSE	O20
17	Mile hydatiforme	O01
18	Avortement spontané	O02.1, O03
19	Grossesse extra-uterine	O00
20	Avortement médical	O06, O04
21	Menace d'avortment	O20.0
70	HÉMORRAGIE 2e OU 3e TRIMESTRE	
22	Placenta praevia avec hémorragie	O44.1
23	Séparation prémature du placenta	O45
24	Hemorragie précédant l'accouchement avec anomalie de la coagulation	O46.0
25	Rupture de l'utérus avant ou pendant le travail	O71.0, O71.1
26	Déchirure obstetricale du col de l'utérus	O71.3
71	ANÉMIE	O99.0
27	Anémie due au manque de Fe	D50
79	Anémie falciforme	D57.0-D57.2 et D57.8
72	RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES	O42
28	Infections du sac amniotique et des membranes	O41.1
73	AUTRES INFECTIONS PUERPERALES	O85,086
29	Septicémie puerpérale	O85
30	Infections mammaires associees a l'accouchement	O91
74	HEMORRAGIE DU POST-PARTUM	O72
31	Hémorragie de la délivrance, ou tardive et secondaire	O72.0, O72.2
32	Autres hémorragies immédiates du postpartum	O72.1
33	Déchirure obstetricale du perinée, 1er et 2e degres	O70.0, O70.1
34	Déchirure obstetricale du perinée, 3e et 4e degrés	O70.2, O70.3
75	Autres pathologies	(reste de O00-O99)
35	Placenta praevia sans hémorragie	O44.0
36	Vomissements incoercibles	O21
37	Autres affections rénales non précisées liées à la grossesse	O26.8, O99.8 (conditions en N00-N39)
38	Dépendence au drogues	F10-F19
39	Détresse foetale	O68
40	Hydramnios	O40
41	Oligoamnios	O41.0
42	Anomalies du cordon ombilical	O69
43	Complications de l'anesthésie	O74
44	Embolie obstetricale	O88
45	Rupture d'une suture de césarienne	O90.0
46	Rupture d'une suture obstétricale du périnée	O90.1
47	SIDA	B20-B24
76	VIH positif	R75
48	Tumeur maligne du col de l'uterus	C53
49	Tumeur maligne du sein	C50

INDICATIONS D'ACCOUCHEMENT CHIRURGICAL OU INDUIT

01	césarienne antérieure	14	présentation transverse
02	détresse fétale aigüe	15	rupture prématurée des membranes
03	disproportion feto-pelvique	16	infection ovulaire (présumée ou confirmée)
04	contractilité diminuée	17	placenta praevia
05	partum prolongé	18	abruptio placentae
06	induction ratée	19	rupture utérine
07	avec de descente de la presentation	20	eclampsie et prèeclampsie
08	grossesse multiple	21	herpes anogénital
09	R.C.I.U.	22	condilome génital
10	naissance prématurée	23	autres maladies maternelles
11	naissance post-mature	24	mort fétale
12	présentation de siège ou podalique	25	épuisement de la mère
13	présentation céphalique	26	autres indications

76 VIH

MÉDICAMENTS PENDANT LE TRAVAIL

01	Lidocaine	16	Inhibiteurs de protaglandines	
02	Aminés sympathomimétiques	17	Antagonistes de calcium	
03	Gas anesthésiants (pentrane-fluorane-nitrous oxide)	18	Sulphate de magnésium	
04	Barbituriques	19	Hydralazine	
05	Relaxants musculaires	20	Beta bloqueurs	
06	Diazepoxides	21	Autres antihypertensifs	
07	Meperidine	22	Sang et dérivés	
08	Spasmolytique	23	Héparine	
09	Ocytocine	24	Cortidcoïdes	
10	Prostaglandine	25	Cardiotoniques	
11	Betalactamiques (peniciline-cephalosporine)	26	Diurétiques	
12	Aminoglycosides (gentamicin-amykacin)	27	Aminophyline	
13	Erythromycine	28	Insuline	31 Antiretrovirales
14	Metronidazo	29	Diphenylhydantoine	32 Sulfadoxine-Pirimetamine
15	Betamimétiquesl	30	Autres	33 Cloroquines

PATHOLOGIES NÉONATALES

50	SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NÉ	P22.0
51	SYNDROMES NÉONATALS D'ASPIRATION	P24
52	APNÉES DU NOUVEAU-NÉ	P28.3-P28.4
53	AUTRES AFFECTIONS RESP ET CARDIO-VASCULAIRES	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
01	Perméabilité du canal artériel	Q25.0
02	Persistance de la circulation foetale	P29.3
03	Pneumopathie congénitale	P23
04	Emphysème interstitiel et affections apparentées	P25
05	Tachypnée transitoire du nouveau-né	P22.1
06	Maladie respiratoire chronique	P27
	HEMORRAGIES	
07	Maladie hémorragique du foetus et du nouveau-né	P53
55	Hémorragie pulmonaire de la période périnatale	P26
56	Hémorragie ombilicale du nouveau-né (exclure omphalite)	P51
	HYPERBILIRRUBINÉMIES	
08	Iso-immunisation Rh du foetus et du nouveau-né	P55.0
09	Iso-immunisation ABO du foetus et du nouveau-né	P55.1
10	Ictère néonatal associé à un accouchement avant terme	P59.0
58	HEMATOLOGIQUES (exclut P50-P59)	P60-P61
11	Polycythémie du nouveau-né	P61.1
12	Anémie congénitale par perte de sang foetal	P61.3
79	Anémie falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
13	Autres affections hématologiques de la période périnatale	(reste del P60-P61)
	INFECTIONS	
14	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	G00
15	Méningite bactérienne, non classée ailleurs	P38
16	Omphalite du nouveau-né	P39.1, A54.3
17	Conjonctivite et dacryocystite	P39.4,L00
59	Infection néonatale de la peau	P36
18	Septicémie	(reste del P35-P39)
20	Entérocolite nécrosante du foetus et du nouveau-né	P77
61	Maladies virales congénitales	A33
60	Syfilis congénitale	A50
68	Syndrome de rubéole congénitale	P35.5
69	Cytomégalovirus	P35.1
70	Toxoplasmose congénitale	P37.1
39	Test du VIH positif	R75
19	Autres infections spécifiques de la période périnatale	(reste de P60-P61)
	NEUROLOGIQUES (EXCLUT MALFORMATIONS)	
33	Hydrocéphalie	G91
34	Kystes périventriculaires acquis ou Leucomalacie cérébrale du nouveau-né	P91.1,P91.2
35	Traumatismes obstétricaux: syst. nerveux central/ hémorragie intercrânienne	P10,P11,P14
36	Hémorragie intracrânienne non traumatique	P52
37	Convulsions du nouveau-né	P90
71	Asphyxie obstétricale	P21
38	Autres affections cérébrales du nouveau-né	P91
	METABOLIQUES/NUTRICIONELLES	
43	Syndrome de l'enfant de mère diabétique (diabete de grossesse ou non)	P70.0, P70.1
45	Hipoglicémie	P70.3, P70.4, E16.2
46	Autres affections de l'appareil digestif du nouveau-né	P75-PT8
66	AUTRES PATHOLOGIES DU NOUVEAU-NÉ	
40	Autres affections rétiniennes	H35
41	Hernie inguinale	K40
65	Hypothermie du nouveau-né	P80.0 (exclut hypothermie moderée P80.8)

ANOMALIES CONGÉNITALES

120	Anencéphalie	Q00.0
121	Spina bifida	Q05,Q07.0
122	Autres anomalies localisées du développement de l'encéphale	Q04.3
123	Hydrocéphalie congénitale	Q03
124	Microcéphalie	Q02
125	Holoprosencéphalie	Q04.2
127	Autres malformations congénitales de l'encéphale	Q04.Q06
128	Tronc artériel commun	Q20.0
129	Communication ventriculo-auriculaire discordante	Q20.3
130	Tétralogie de Fallot	Q21.3
131	Ventricule à double issue	Q20.4
132	Ventricule droit à double issue	Q20.1
133	Communication auriculo-ventriculaire	Q21.2
134	Atrésie de la valve pulmonaire	Q22.0
135	Sténose congénitale de la valvule tricuspide	Q22.4
136	Hypoplasie du coeur gauche	Q23.4
137	Coarctation de l'aorte	Q25.1
138	Retour veineux pulmonaire anormal total	Q26.2
139	Autres malformations cardiaques/circulatoires/respiratoires	Q24,28,34
140	Fente palatine	Q35
141	Atrésie de l'oesophage avec fistule trachéo-oesophagienne	Q39.1
142	Atrésie de l'oesophage (sans fistule)	Q39.0,Q39.1
143	Absence, atrésie et sténose du côlon ou rectum	Q42.0,Q42.1,Q42.8,42.9
144	Absence, atrésie et sténose de l'anus, (sans fistule)	Q42.3
145	Exomphale	Q79.2
146	Gastroschisis	Q79.3
147	Absence, atrésie et sténose du duodénum	Q41.0
148	Absence, atrésie et sténose du jéjunum	Q41.1
149	Absence, atrésie et sténose de l'iléon	Q41.2
150	Autres malformations gastrointestinales	Q40,43,45
151	Malformations des organes génitaux	Q50-56
152	Agénésie rénale, bilatérale	Q60.1
153	Maladies kystiques du rein	Q61.1-61.9
154	Hydronéphrose congénitale	Q62.0
155	Hypospadias	Q54
156	Autres malformations du rein/ de l'appareil urinaire	Q63.64
157	Trisomie 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
158	Trisomie 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
159	Syndrome de Down	Q90
160	Autres trisomies ou anomalies des chromosomes	Q92.97-99
126	Fente labiale	Q36
161	Polydactilie	Q69
162	Syndactilie	Q70
163	Ostéochondrodysplasies	Q77-78
164	Pied bot varus équin, talus varus, pied plat	Q66.8
165	Hernie diaphragmatique congénitale	Q79.0
166	Hidrops fetalis	P56,P83.2
167	Oligoamnios sévère	P01.2
168	Malformations ostéo-articulaires et des muscles	Q68,74,75,79
169	Malformations de la peau et des phanères	Q82,84

HCPRRR/P-11/07

Carnet Périnatal (recto)

CARNET PÉRINATAL

Klinik pou fanm ansent

Matènite

Sello

Yon fanm ki ansent pa malad, men li bezwen kontwole sante li, pou li evite tèt chaje.

Li enpòtan pou ou ale nan yon sant sante depi ou konnen ou ansent.

Respekte dat randevou ak konsèy yo ba ou.

Kanè sa a gen anpil enfòmasyon pou tibebe a ansante. Mache ak kat la, epi remèt li nan sant sante a, chak fwa ou vin konsilte : pandan ou ansent la, lè wap akouche, lè ou fin akouche oswa lè ou mennen tibebe a konsilte.

Si ou pèdi kat la, men ki moun ou dwe di sa :

NOM et PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE

VILLE

Organisation Panaméricaine de la Santé

Centre Latino Américain de Périnatologie Santé de la Femme et de la Reproductive CLAP/SMR
www.clap.ops-oms.org

CPEFRAVP-12 / 07

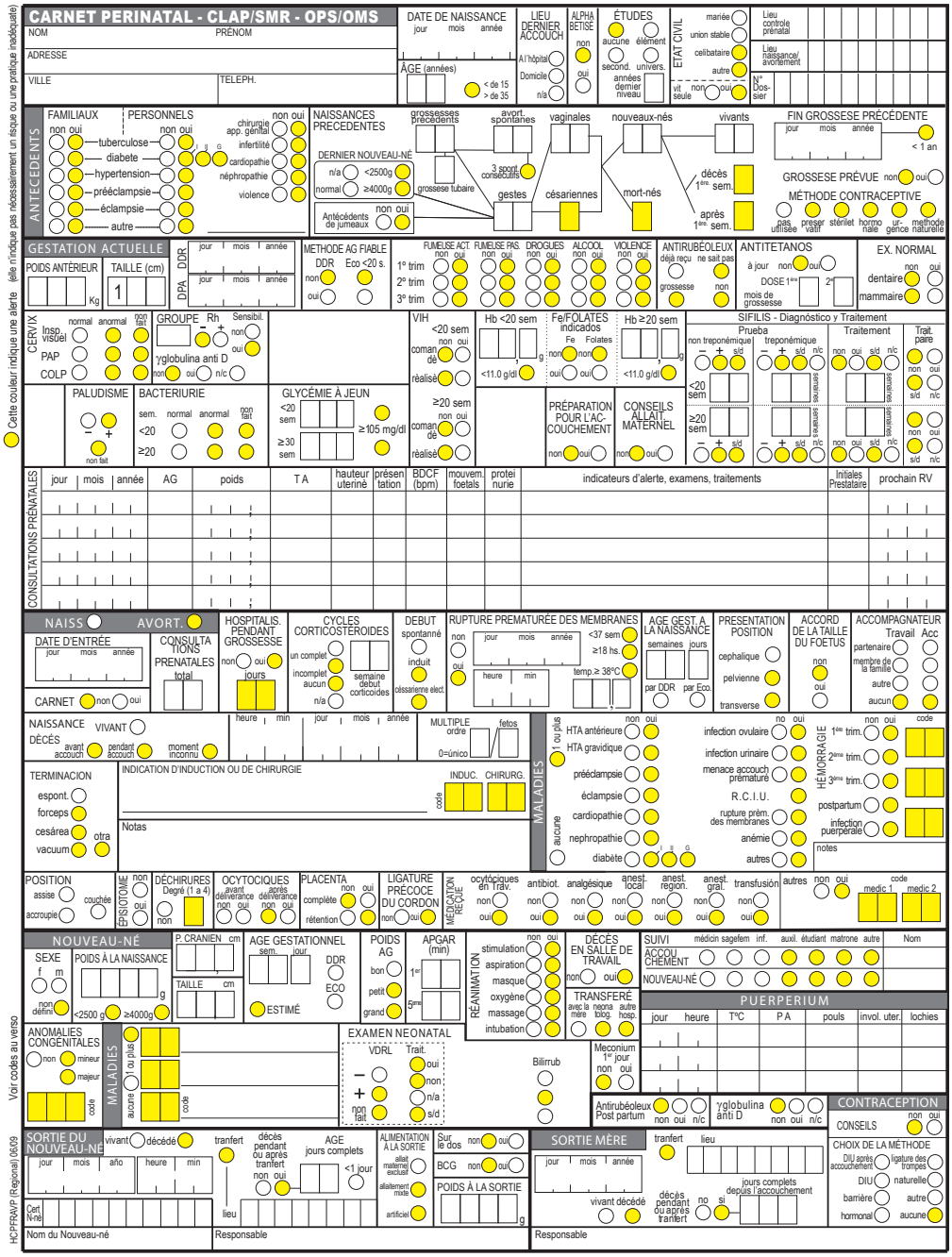
VISITES PRÉNATALES	1° visite <12 semaines	2° visite 26 semaines	3° visite 32 semaines	4° visite 36 semaines
Sexe				
Tabac / Alcool		conseiller para abandonar hábito		
Allaitement	Si allaite présentement		Préparation	
URGENCE				
Plan accouchement				
La famille	Pendant la grossesse	pendant l'accouchement		
Visite suivante	26 semaine	32 semaine	36 semaine	41 s. après accouch
Bacteriurie	A toutes	si la 1° est positive		
Protéinurie	A toutes	si hypertension present ou passée		
Hémoglobinemie	Si anémie clinique			
Fer y Folates			au besoin	
Syphilis				
Anti Tétanos	A jour ou 1° dose		2° dose	
Malaria				

HÔPITALISATION	ENTRÉE		SORTIE	
	jour	mois	jour	mois

OBSERVATIONS

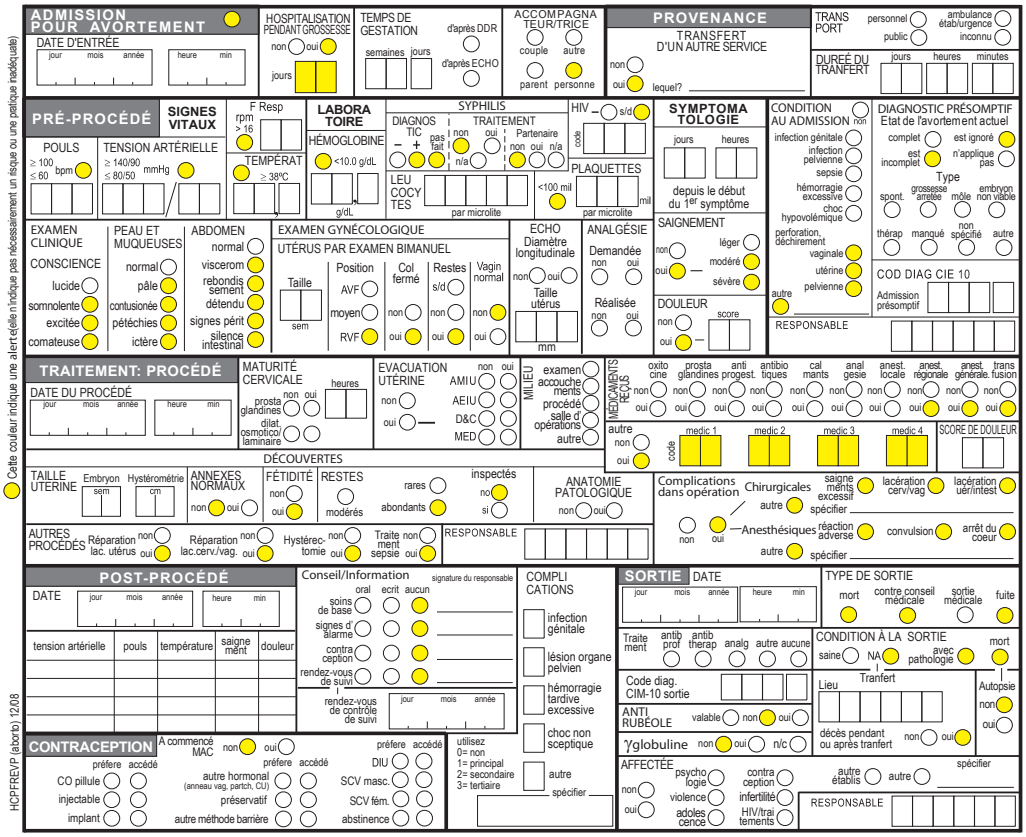
L'information contenue dans ce carnet appartient à la patiente et ne pourra être révélée à aucun tiers, en accord avec les lois sur les libertés individuelles et en particulier sur le secret des données médicales.

Carnet Périnatal (verso)



Hauteur utérine et augmentation du poids maternel selon l'age gestationnel. L'age gestationnel une fois déterminé, est placé sur le graphique et les valeurs obtenues sont comparées aux percentiles (P10, P25 ET P90).

Formulaire complémentaire pour femmes en situation d'avortement



Histoire Clinique d'Hospitalisation Néonatale (recto)

este color significa ALERTA

HOSPITALISATION NÉONATALE CLAP/SMR-OPS/OMS SIP non ○ oui ○ ETABLISSEMENT DE NAISSANCE

NN (nom) It a le bracelet d'ID non ○ oui ○ N° HISTOIRE NOUVEAU-NÉ

MÈRE (nom) N° HISTOIRE CLINIQUE MÈRE

se trouve dams le même hôpital ○ danse un autre hôpital ○ domicile ○ décédée ○ Condition de Santé normale ○ critique ○ A connu son enfant non ○ oui ○

PÈRE (nom) Téléphones

Communication avec la famille Adresse Email

TRANSPORT même hôpital (salle d'accouchement) ○ un autre hôpital ○ rentrée ○ MOTIF

TYPE aérien ○ terrestre ○ DISTANCE Km DURAÉE Heures Min

non oui
couveuse ○ ○ veinoclyse ○ ○
monitoring ○ ○ oxygène ○ ○
CPAP ○ ○ intubé ○ ○
DROGUES non ○ oui ○ VOL. I/V: mL TYPE

COMPLICATIONS (avec le transport) non ○ oui ○

ENTRÉE À NÉO EN: INFIRMIÈRE: MÉDICIN:

Jour Mois Année Heure Min

AGE Jours Heures AG corrigé Sem. jours

1ère ÉVALUATION

temp. axillaire °C SaO_2 % FiO_2

Cyanose non ○ oui ○ SDR non ○ oui ○ Pâleur non ○ oui ○ Diurèse non ○ oui ○

Veille normal ○ coma ○ Convulsions non ○ oui ○

POIDS g LONGUEUR cm PÉR. CRÂNIEN cm

NOTES À L'ENTRÉE

RAPPORT INITIAL À LA FAMILLE direct ○ téléphonique ○ pas réussi ○

Responsable de l'entrée Signature

FHNESAVF-04/09

Histoire Clinique d'Hospitalisation Néonatale (verso)

Cette coleur signifie ALERTE

PATHOLOGIES

non / oui

asphyxie à la naissance — pneumothorax
membrane hyaline — displ. bron. pulm.
SDR assoc. méconium — ECN confirmé
Hypertension pulmonaire — perf. intest. focal
Ductus art. traité — Syphilis
Apnées — HIV périnatal

SEPSIS

non / oui — traitée depuis (jour | mois | année) — agent — le germe n'a pas été isolé

RÉTINOPATHIE

ophtalmoscopie indirecte non / oui / n/c

age gestat. 1er ex. sem. | jours

degré max. (0-5)

Exige chirurgie non / oui

ENCÉPHALO

échographie non / oui
leucomalacie
hémorragie crânienne
degré max. (1-4)
asphyctique avec convulsions

Autres (code et nom)

Défaut congénital majeur

TRAITEMENTS

non / oui

surfactant — AGE 1ère dose (heures | minutos)
indométh. profil
indo/ibup. trait.
amino/caféi — jours
alimentation parentérale — jours

SOINS RESPIRATOIRES

non / oui

CPAP pré ventil — DURÉE (jours | heures)
ventilée ET
CPAP — jours
oxigène — jours >28j.
transfusions — ml Vol. total

CHIRURGIE

non / oui

ductus
ECN
ROP
hydrocéph
autre

CROISSANCE INITIALE

poids minimal — g
age rècuperé poids — jours
poids aux 36 sem.

ANTHROPOMÉTRIE À LA SORTIE

POIDS g — LONGUEUR cm — PER. CRÂNIEN cm

Photocopier graphique de poids/âge

SORTIE

vivant / meurt / déplacement

jour | mois | année

necro non / oui

lieu

meurt pendant le déplacement ou dans e lieu non / oui

AGE À LA SORTIE — <1 jour

AGE DE GEST. À LA SORTIE sem. | jours

OXYGENE à la maison no / si

ALIMENT À LA SORTIE
allaitement exclusif
partial / artificiel

MÈRE AUPRÈS DU NN DIA PREVIO
jour et nuit
seulement le jour
seulment la nuit
n'a pas visité

MAISON À LA SORTIE
avec mère/père
autres membres de la famille
adoption
protection institut.
n/c

TAMIZAGES/INMUNISATIONS

SYPHILIS	TSH	AUDITION	FALCIFORME	BCG	Hép B vac
nég	normale	normale	normale	non	non
traité	élevé	déficit	anormal	oui	oui
non traité	n/c	n/c	n/c	n/c	n/c
n/c					

PROMOTION DE SANTÉ - Sujets abordés

non / oui

Allaitement exclusif — Utilisation alcool/gel
Dormir sur le dos — Droits protec. sociale
Prévention contagion respivirus — Remise de matériel imprimé

INDICATIONS À LA SORTIE

RESPONSABLE | TÉLÉPHONE | COURRIEL

SUIVI COORDONNÉ

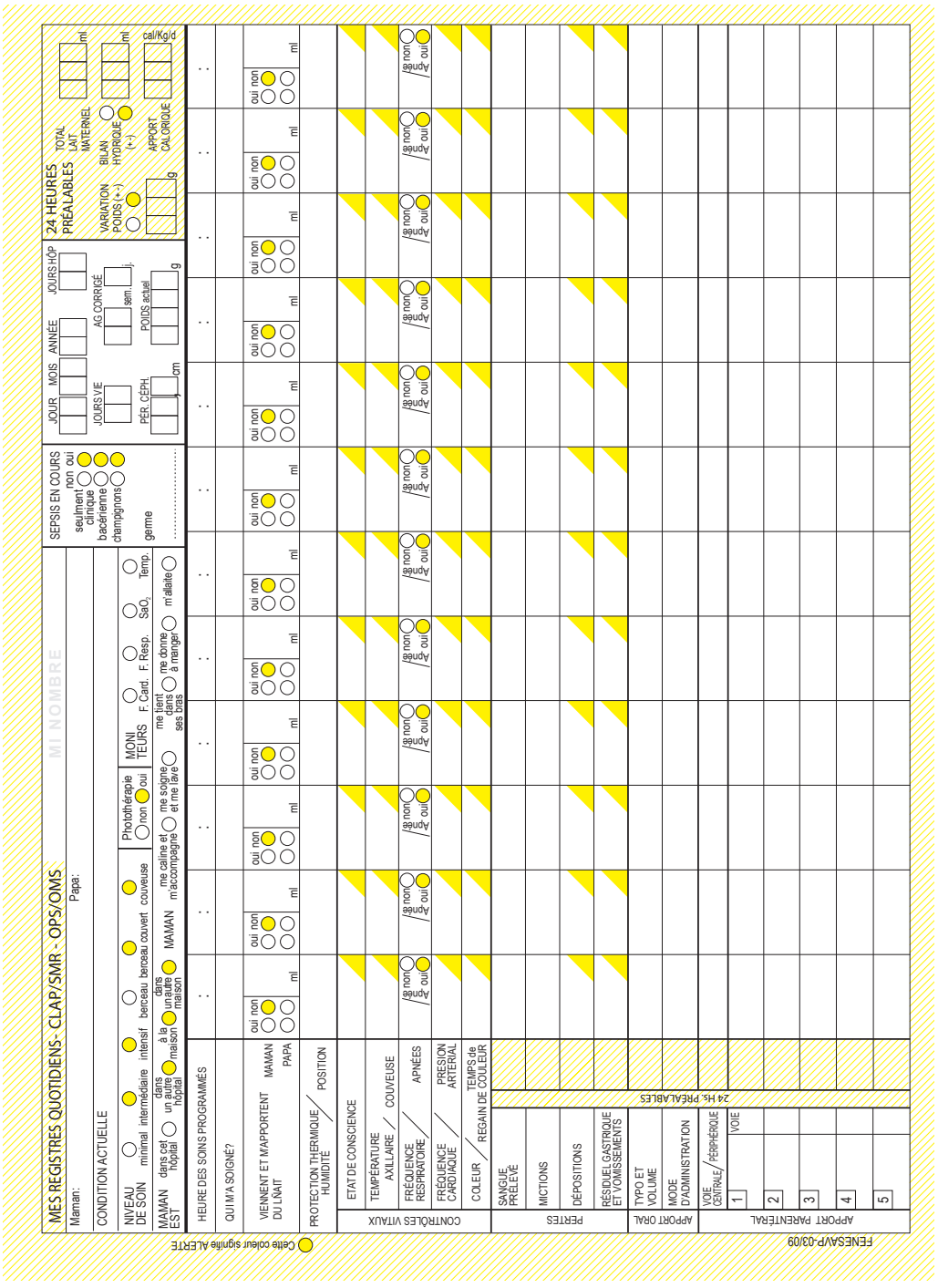
	Lieu	Téléfone	date (jour | mois | année)
Pédiatrique			
Ophtalmologique non / oui			
Audiologique non / oui			
Appui Psychosocial non / oui			

Pour combien de semaines la mère ne travaillera pas dehors?

< 4 semaines

FHNESR/P-03/08

Grille Quotidienne Néonatale (recto)



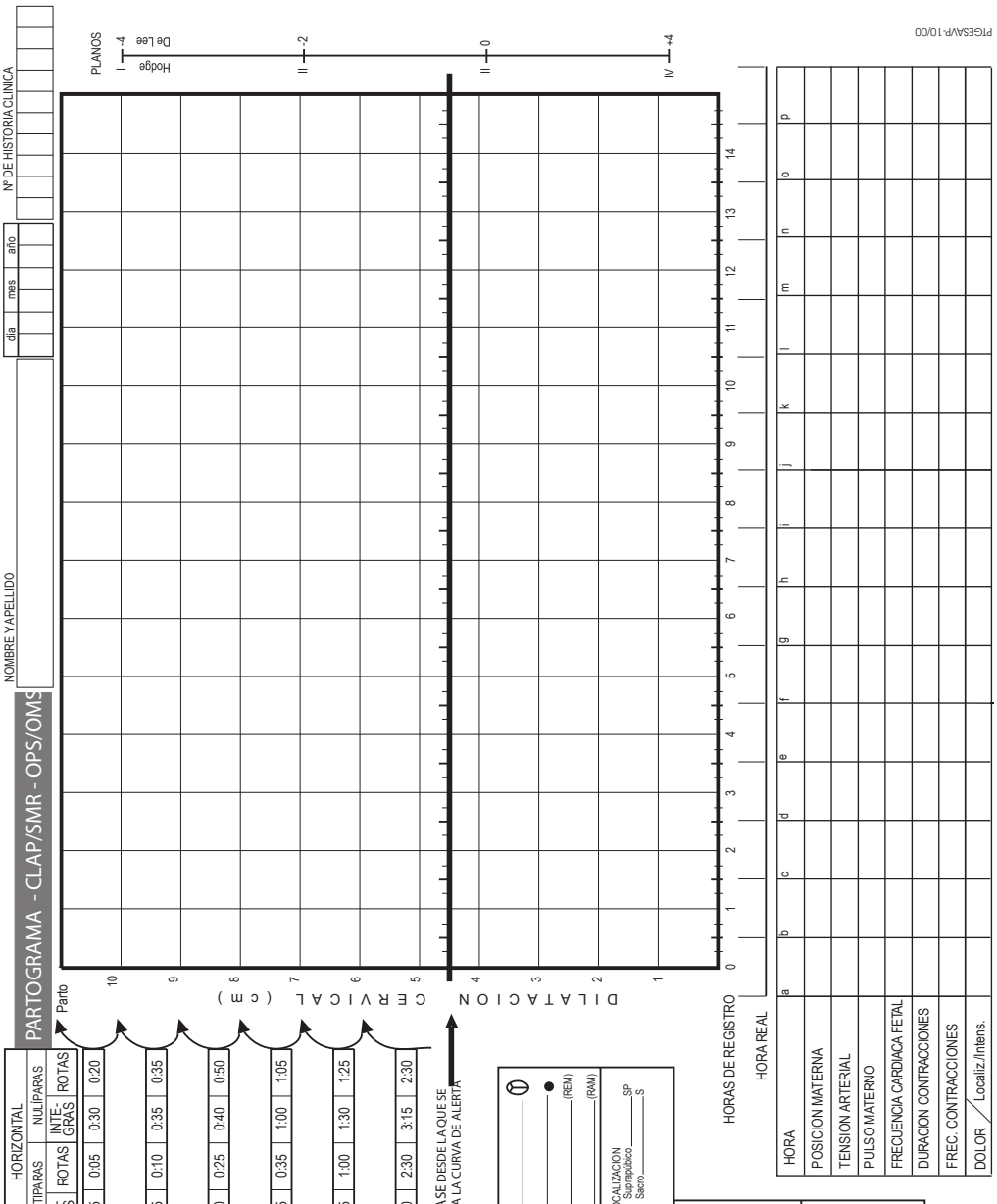
Grille Quotidienne Néonatale (verso)

	HEURE DES SOINS PROGRAMMES	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS	NOTER MÉDICAMENTS DOSE ET VOIE VOLUME ml											
CUIDADOS RESPIRATOIRES	SET / Nasal / Tente / Secretions Quantité - Type											
	PIM PPC PMVA FR Temps Insp. Drainage Thorax											
	FiO_2 SaO_2											
EXAMENS PARACLINIQUES	NOTER RÉSULTANTS											
	DEMANDÉS											
	NOTES ADDITIONNELLES ET SOINS											
	IL FAUT											
	APPUI PSYCHOSOCIAL oui ○ non ○											
	ASSISTANTE PSYCHOLOGUE ○ ○											
	ASSISTANTE SOCIALE ○ ○											
	TRAITEMENT MÉDICALE (utiliser petits caractères d'imprimerie clairs)											

○ Cette coleur signifie ALERTE

FENESRVP-03/09

Partogramme (recto)



PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCION DEL PARTO PROLONGADO

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Marcan un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, estén insinuando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

Los valores de la duración de la dilatación cervical desde 4.5 cm hasta el final del parto, para la elaboración de estas curvas, fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas realizadas por CLAP sobre 1188 partos únicos de bajo riesgo, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con recién nacidos normales y vigorosos (*).

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente algunas características de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Las paridades se clasificaron en nulíparas (ningún parto previo) y multíparas (1 o más partos previos, primíparas incluídas). La posición durante el período de dilatación fue la vertical (90% a 100% del tiempo sentada, parada o caminando) o la horizontal (100% en cama). Según el estado de las membranas ovulares a los 4-5 cm de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

Los datos para construir las curvas patrón de alerta fueron obtenidos desde los 4-5 cm de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4.5 cm de dilatación cervical (línea de base).

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en el que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados incrementan la dilatación de 4-5 cm. a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto.

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas arriba señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

El uso de la plantilla de plástico poliestireno diseñada por el CLAP, facilita la construcción de la curva de alerta

(*) Schwarcz, R. y col. Gynec. Obstet. Excerp. Med. Amsterdam, 1977: 377.
Díaz, A.G. y col. Europ. J. Obst. Gyn. Rep. Biol. 1. 1980

PTGESPVP 10/00

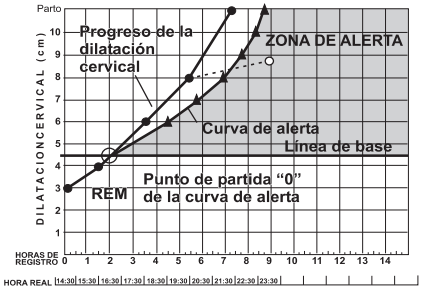
INGRESO TEMPRANO

En el ejemplo, a las 14:30 hora real, se comenzó el registro de los datos de una nulípara con membranas ovulares íntegras y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento comprobó una dilatación cervical de 3 cm. El punto de esta primera observación se marcó al inicio del registro. A las 16:00, hora real, se comprobó una rotura espontánea de las membranas ovulares y el tacto encontró 4 cm de dilatación. Se marcó un nuevo punto en la intersección de la abcisa a la hora real 16:00 (1:30 hora del comienzo del registro) con la ordenada a los 4 cm de dilatación.

La línea que une los puntos a los 3 cm y 4 cm permite visualizar el progreso de la dilatación cervical.

En el siguiente examen obstétrico realizado a la hora real 18:00, a 3:30 hs. del inicio del registro en el partograma, la dilatación cervical alcanzó los 6 cm.

Como se ve, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:00 hs. del inicio del registro en el partograma. Este es el punto de partida para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4.5 cm. de dilatación cervical.



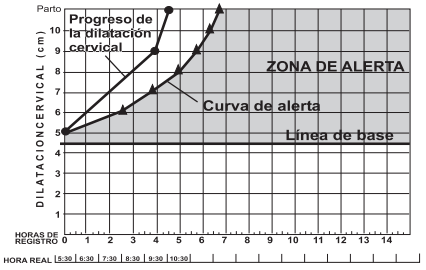
De la tabla se extraerán los valores correspondientes a este caso (posición horizontal, nulípara, membranas rotas). Para comenzar a trazar la curva de alerta de este caso, a las 2:30 horas del punto de su partida se marcará el punto de los 6 cm de dilatación. A partir de este nuevo punto, 1:25 hs. después, se marcará el punto para los 7 cm. Desde éste, se marcará 1:05 horas después el de los 8 cm y así sucesivamente hasta el final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de dilatación cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta.

En esta misma figura se presenta otro caso en el que, a partir de los 8 cm, la velocidad de la dilatación se enlentece y su gráfica cruza la curva de alerta (línea punteada). En este caso, con iguales condiciones de ingreso que el anterior, a las 23:30 horas reales y 9 horas después del inicio del registro en el partograma, se observó un trabajo de parto prolongado. Alertado por este sistema de vigilancia, el equipo de salud revisó el caso y pudo aplicar oportunamente las medidas apropiadas.

INGRESO TARDIO

La figura muestra una nulípara con membranas íntegras en posición horizontal, que ingresó al registro con 5 cm de dilatación cervical.



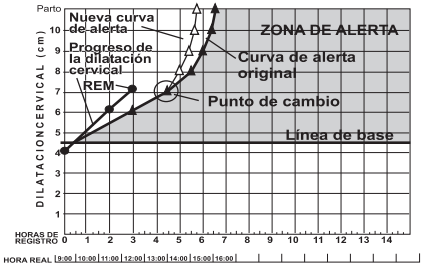
La curva de alerta se inició desde este primer tacto. A partir del mismo ésta se trazó con los valores correspondientes a las condiciones de ingreso del caso.

A diferencia del ejemplo anterior, en los ingresos con 5 cm o más de dilatación, el punto de partida de la curva de alerta siempre será el del primer valor anotado de la dilatación cervical en el partograma.

CONDICIONES CAMBIANTES

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura muestra el caso de una multípara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegras. Ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs. con 4 cm de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm.

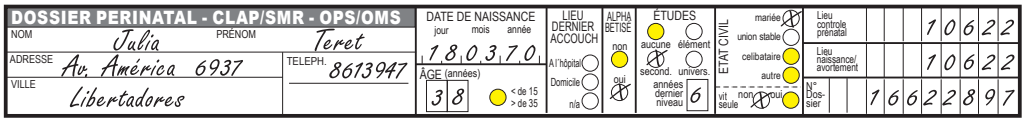


La gráfica de la dilatación cortó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso. Debido a que a los 7 cm las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una multípara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas.

El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7 cm, en que se constató la rotura de las membranas. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

Sections de l'Histoire Clinique

Section: IDENTIFICATION



PRÉNOM – NOM

Espace pour mettre le prénom et noms (paternel et maternel) de la femme

DOMICILE – LOCALITÉ

Concerne la résidence habituelle de la femme.

Noter la rue, le numéro et la localité (nom de la ville, village, site, etc.). Si on ne peut pas identifier le domicile avec ces données, noter toute autre référence permettant d'identifier son emplacement (Ex: Km X de la route X)

TÉLÉPHONE

Noter le numéro de téléphone du domicile habituel. Si la personne n'a pas le téléphone, on notera un numéro de téléphone alternatif permettant la communication de l'établissement avec la famille.

DATE DE NAISSANCE

Noter le jour, le mois et l'année de naissance de la femme.

AGE (ans)

Au moment de la première consultation demander:

Quel âge avez-vous?

Noter la réponse dans les deux espaces disponibles. Si elle a moins de15 ans ou plus de 35, marquer aussi la case jaune.

ETHNIE

On a inclus cette donnée dans l'HCP étant donné que les peuples indigènes et les communautés descendantes d'Africains représentent plus 40% de la population de la région. Ce groupe important de population, présente des conditions de vie et d'accès aux services de la santé et de l'éducation, très défavorables.

Bien qu'il y ait une seule Race (Humaine), synonyme d'espèce humaine, les populations sont groupées par ethnies. Les ethnies sont constituées par des groupes humains qui partagent des mythes, des ancêtres, religion, territoire, habillement, langage, mémoires d'un passé collectif, qui règlent les relations d'une communauté humaine.

L'une des stratégies pour améliorer la situation de ces populations c'est rendre visibles leurs besoins à travers la présentation d'indicateurs de santé désagrégés par groupe ethnique.

La plupart des pays ont entrepris des efforts ou ont déjà incorporé des questions dans les recensements nationaux à ce sujet. Les manières d'obtenir cette donnée varient de pays en pays. Toutes consistent à s'identifier soi-même, bien que l'on fasse référence, dans certains cas, à la couleur de la peau et dans d'autres on demande sur le groupe indigène avec lequel s'identifie la personne. Dans tous les cas, les options de réponse incluent les noms des ethnies spécifiques du pays.

En guise d'illustration, l'HCP inclut la variable Ethnie avec 5 options de réponse: blanche, indigène, métisse, noire, autre.

La manière d'obtenir la donnée pourrait être: *Comment vous considérez-vous? Blanche?, indigène?, métisse?, noire?, autre?* Marquer réponse correspondante.

ALPHABÈTE

Demander: *Savez-vous lire et écrire?*
Noter la réponse (Oui ou Non) correspondante

ÉTUDES

Concerne les études suivies dans le système formel de l'éducation.
Demander: *Quel est le niveau supérieur d'études que vous avez atteint ? Primaire? Secondaire?, Universitaire?*
Registrer uniquement le niveau maximal atteint.

DEGRÉS DANS LE NIVEAU MAXIMAL

Demander: Quel est le degré plus élevé que vous avez réussi à ce niveau?
Registrer uniquement le degré plus élevé réussi. Par exemple, si la femme dit qu'elle a complété la 3ème année du secondaire, alors marquer Secondaire et registrer "3" dans l'espace correspondant à 'degrés dans le niveau maximal '.

SITUATION DE FAMILLE

Registrer l'état civil correspondant: Mariée, union stable, célibataire, autre.
On registrera aussi si elle vit seule ou non.

LIEU DU CONTRÔLE PRÉNATAL

Lorsqu'il s'agit de femmes qui assistaient déjà au contrôle prénatal, on notera le code assigné par les autorités nationales de la santé à l'endroit où on a fait le contrôle prénatal.

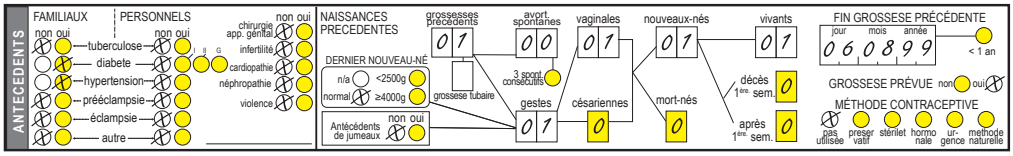
LIEU DE L'ACCOUCHEMENT /AVORTEMENT

Noter le code assigné par les autorités de la santé de l'établissement où s'est effectué l'assistance de l'avortement. Si le contrôle prénatal et l'avortement ont eu lieu dans le même établissement, alors le code se répètera dans les deux variables.

NUMÉRO D'IDENTITÉ

Il correspond au numéro d'identification de la femme (par exemple, numéro d'histoire clinique ou numéro de la carte d'identité).

Section :
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX, PERSONNELS ET OBSTÉTRIQUES



Ces données sont obtenues lors de la première consultation. Si la femme est hospitalisée (pour travail d'accouchement, avortement ou maladie) dans un établissement autre que celui du contrôle prénatal, les données de cette section pourront s'obtenir dans le CARNET PÉRINATAL ou par questionnaire direct au moment de l'entrée à l'établissement.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Ce sont les antécédents du couple, parents ou frères et soeurs.

Demander: *quelqu'un dans votre famille a eu… (Citer chacune des pathologies de l'HCP)?* Si la réponse est affirmative, demander: *Qui?*

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Ce sont les antécédents de la femme elle-même. Remarquer que la liste inclut les pathologies citées dans les antécédents familiaux plus 5 autres antécédents (chirurgie génitale urinaire, infertilité, cardiopathie, néphropathie et violence). .

Le terme chirurgie génitale urinaire ne comprend pas les césariennes.

Quant à la violence, il est souhaitable de se renseigner simultanément sur la présence ou non de violence dans la grossesse actuelle (Voir Section : Gestation Actuelle)

Marquer le cercle "OUI" ou "NON" correspondant

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRIQUES

GROSSESSES PRÉALABLES

Cela concerne le nombre de grossesses préalables sans compter la grossesse actuelle.
Mettre 00 si c'est la première grossesse.

ACCOUCHEMENTS / VAGINAUX - CÉSARIENNES

Cela fait référence au nombre de grossesses.
S'il le faut on notera le nombre d'accouchements et demander:
Combien ont été des accouchements vaginaux, et combien ont été des césariennes ?

D'ailleurs on se renseignera sur le poids du nouveau né dans la dernière grossesse. Marquer s'il a pesé moins de 2500 g ou si le poids a été supérieur ou égal à 4000g, s'il a été normal ou N/C (ne correspond pas) s'il n'y a pas eu de naissances préalables.
Finalement, en ce qui concerne les gestations préalables, registrer s'il y a eu un antécédent de grossesse multiple (gémellaire) (OUI/NON) correspondant.

AVORTEMENTS

On définit comme Avortement l'expulsion du produit de la gestation avant les 22 semaines ou avec un poids inférieur à 500 grammes.
De la même manière, on registrera les antécédents d'avortements spontanés ou induits.

Quant au nombre d'avortements, si la femme avoue avoir eu 3 avortements consécutifs, marquer alors le rectangle jaune correspondant.

NACIDOS VIVOS

Selon la CIM 10 on classera un nouveau-né comme vivant s'il montre n'importe quel signe de vie après l'expulsion ou l'extraction complète du corps de sa mère, indépendamment de la durée de la grossesse. On considérera signes de vie si le nouveau-né respire, son cœur bat, son cordon a du pouls ou a des mouvements appréciables des muscles volontaires.

La classification d'un nouveau-né comme vivant est indépendante du fait qu'on ait coupé ou non le cordon ombilical ou que le placenta demeure uni ou non.

GROSSESSE ECTOPIQUE (gros. ectopique)

On notera le numéro correspondant aux antécédents de grossesse extra-utérine.

NACIDOS MUERTOS

Selon la CIM 10 on classera un nouveau-né comme mort s'il ne manifeste pas de signes de vie après l'expulsion ou l'extraction complète du corps de sa mère indépendamment de la durée de la grossesse.

VIVANTS

Cela concerne le nombre d'enfants qui sont vivants lors de la consultation.

MORTS 1ère SEMAINE

Cela concerne les nouveau-nés qui sont nés vivants mais qui sont morts dans la période comprise entre la naissance et jusqu'au septième jour (6 jours, 23 heures, 59 minutes) et on le registrera dans le rectangle correspondant.

MORTS APRÈS LA 1ère SEMAINE

Cela concerne les nouveau-nés qui sont nés vivants mais qui sont morts après la première semaine de vie (7 jours ou plus) Il n'y a pas de limite supérieure et en théorie cela comprend les morts survenues jusqu'au jour même de la consultation, ce qui sera registré dans le rectangle correspondant.

FIN GROSSESSE PRÉCÉDENTE

Noter jour, mois et année de la fin de la grossesse immédiatement précédente à l'actuelle, qu'il s'agisse d'un accouchement ou un avortement.

Laisser en blanc s'il s'agit d'une primipare. Marquer le cercle jaune si la fin de la grossesse précédente est arrivée avant une année du commencement de la grossesse actuelle.

Marquer le cercle jaune dans les cas suivants:

- Intervalle entre accouchement préalable et gestation actuelle inférieure à 1 an;
- Intervalle entre avortement préalable et gestation actuelle inférieure à 1 an.

La définition de l'intervalle inter- génésique est un sujet qui a provoqué des discussions et sur lequel, ont surgi de nouveaux apports. (Voir: Publication Scientifique CLAP/SMR Nº 1562).

GROSSESSE PLANIFIÉE

Cela concerne la grossesse souhaitée ou qui arrive au moment opportun. Quand les deux conditions se remplissent, on marquera OUI, quand l'une des deux conditions ne se remplit pas, on marquera NON (en jaune).

Pour identifier la grossesse non planifiée, la question suivante peut aider: *Quand vous avez appris cette grossesse, vouliez-vous être enceinte, vouliez-vous attendre un peu plus? Ou vous ne vouliez pas d'enfant ou plus d'enfants?*

ÉCHEC DE MÉTHODE CONTRACEPTIVE AVANT GROSSESSE ACTUELLE (Echec Méthode contracep.)

Demander: *En apprenant cette grossesse, utilisiez-vous une méthode pour éviter la grossesse ?*

Les réponses possibles sont classées comme suit:

(1) N'utilisait aucune méthode (n'utilisait pas)

(2) Barrière: préservatif masculin, préservatif féminin, diaphragme, capuchon cervical.

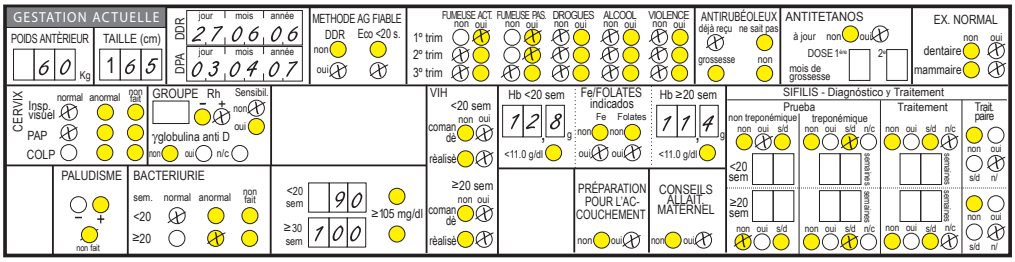
(3) Dispositif Intra-utérin (DIU)

(4) Hormonal: oral (pilules), transdermique (patch, vaginal), implant sub-dermique ou injectable.

(5) Contraception d'urgence (urgence): Lévonorgestrel seul ou estrogènes et progestine combinés.

(6) Méthodes naturelles (naturel): méthode de jour fixe, méthode d'aménorrhée, pour allaitement, abstinence périodique, rythme, Billings, entre autres

Section: GESTATION ACTUELLE



Dans cette section on registre toutes les données concernant la grossesse actuelle.

POIDS PRÉCÉDENT

Cela concerne le poids habituel de la femme avant la grossesse actuelle.

Demander: *Combien pesiez-vous avant cette grossesse?* On registrera le poids exprimé en kilogrammes.

Cette donnée est utile pour évaluer l'état nutritionnel de la femme avant la grossesse. La mesure la plus fréquente est l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui est calculé en divisant le poids en kilogrammes (Kg) par le carré de la taille exprimée en mètres (m2). Par exemple, si la femme enceinte pèse 60 Kg, et a une taille de 1m60, le calcul sera:

$$60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2.$$

TAILLE (cm)

Cette donnée requiert d'être mesuré directement au moment de la première visite de contrôle.

La technique de mesurage consiste en ce que la femme enceinte soit debout, pieds nus, les talons joints, bien dressée, les épaules vers l'arrière, la vue devant et son dos en contact avec l'appareil. La donnée obtenue sera registrée en centimètres.

DATE DE DERNIÈRE MENSTRUATION (DDM)

Cette donnée est essentielle pour calculer l'âge de gestation et la date probable de l'accouchement. Bien des décisions cliniques se basent sur l'âge de gestation et c'est pourquoi il est indispensable d'obtenir une donnée fiable.

Demander: *Quel a été le premier jour de vos dernières règles ?*

Noter dans l'HCP la donnée fournit sous format jour- mois- année.

DATE PROBABLE D'ACCOUCHEMENT (DPA)

Pour estimer la DPA il est conseillé d'utiliser le gestogrammme conçu par le CLAP/SMR. En faisant coïncider la flèche rouge du gestogramme qui indique la "date de commencement de la dernière menstruation" avec la date du premier jour de menstruation, la DPA sera indiquée par la date calendrier qui marque le point de la semaine 40 du gestogramme. Au cas où il n'y aurait pas de gestogramme, il est conseillé d'utiliser la règle des 280 jours. En partant de la date du premier jour de menstruation, on comptera 280 jours consécutifs sur un calendrier : le jour 280 coïncidera avec la DPA.
Il y a des formules mathématiques qui facilitent le calcul de la DPA (Règle de Naegele, Pinard, Wahl, etc.). Elles sont décrites en détail dans la publication scientifique CLAP/SMR Nº 1562.

Noter dans l'HCP la donnée fournie sous format jour –mois -année.

Pour les femmes qui entrent pour être assistées pour un avortement, et qui n'ont pas eu de contrôle prénatal, il ne sera pas nécessaire d'y inclure la DPA.

FIABILITÉ DE L'ÂGE DE GESTATION (AG fiable par DDM, Echo<20s)

Ici, on demande au fournisseur une évaluation subjective sur la fiabilité du calcul de l'âge de gestation, que ce soit par DDM ou par ÉCHOGRAPHIE.

Échographie: Quand la date de la dernière menstruation n'est pas disponible, il y a la possibilité d'estimer la DDM à partir d'une échographie fœtale précoce.

Registrer si l'âge de gestation est censée être une donnée fiable à partir de la donnée de DDM et/ou l'Échographie (OUI/NON), correspondant. En cas de ne pas faire d'échographie, laissez en blanc.

STYLES DE VIE

L'état de fumeuse active, fumeuse passive, la consommation de drogues, alcool et les situations violence peuvent changer le long de la grossesse, raison pour laquelle l'HCP suggère de se renseigner sur ces données au moins une fois tous les trois mois, en demandant: *Depuis votre dernière visite, avez-vous pris une boisson alcoolisée ? Etc.*

Fumeuse active (Fum. Act.)

Cela concerne la femme qui fume pendant la gestation actuelle. La situation de fumeuse peut changer le long de la grossesse. C'est la raison pour laquelle on suggère de se renseigner sur cette donnée tous les trois mois et noter la réponse correspondante (NON/OUI). En cas d'avortement on n'interrogera pas pendant le 2ème et 3ème trimestre.

Fumeuse passive (Fum. Pas.)
Cela concerne l'exposition actuelle à la fumée du tabac à cause d'une autre personne qui fume dans la maison ou dans le lieu de travail et on notera la réponse correspondante (NON/OUI). On suggère aussi de se renseigner sur cette donnée tous les trois mois et de noter la réponse (NON/OUI). En cas d'avortement on n'interrogera pas au 2ème et 3ème trimestre.

Drogues.
Cela concerne l'utilisation actuelle de drogues provoquant une dépendance, telles que : cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes, héroïne, entre autres. On notera la réponse correspondante (NON/OUI). En cas d'avortement on n'interrogera pas au 2ème et 3ème trimestre.

Alcool
Cela concerne l'ingestion de tout type de boisson contenant de l'alcool, par exemple: vin, bière, tequila, whisky, etc.

Demander: *Avez-vous pris une boisson alcoolisée pendant cette grossesse?*
Noter dans l'HCP si la femme a bu de l'alcool pendant cette grossesse (NON/OUI). En cas d'avortement on n'interrogera pas au 2ème et 3ème trimestre.

Violence
Ce terme implique la violence physique, mentale, psychologique et sexuelle survenue pendant la gestation actuelle. L'agresseur peut être le couple actuel, un couple précédent, les parents ou d'autres personnes.

Obtenir cette information peut être difficile et il n'y a pas une manière standard de poser des questions sur ce sujet. Il est conseillé de réviser les normes de votre pays sur ce sujet pour choisir la manière de poser les questions et les actions à suivre si un cas est détecté. S'il n'y a pas une manière réglée d'interroger sur la violence émotionnelle, physique, sexuelle et psychologique, il est conseillé d'utiliser le modèle suivant d'interrogatoire lors de la première visite prénatale:

> *"J'aimerais vous poser quelques questions sur votre relation de couple actuelle. Je sais que quelques-unes de ces questions sont très personnelles et permettez-moi de vous assurer que vos réponses seront complètement confidentielles:*

1. *Pendant la dernière année, vous avez été quelquefois humiliée, on vous a déshonorée, on vous a interdit de voir des amis ou de faire des choses qui vous intéressent ?*
   Si la réponse est positive, continuer:
   (1ª) Depuis que vous êtes enceinte, vous avez été quelquefois humiliée, on vous a déshonorée, on vous a interdit de voir des amis ou de faire des choses qui vous intéressent ?

2. *Pendant la dernière année, vous avez été battue ou blessée physiquement par quelqu'un ?*
   Si la réponse est positive, continuer:
   (2ª) Depuis que vous êtes enceinte vous avez été battue ou blessée physiquement par quelqu'un ?

3. *Pendant la dernière année, vous avez été forcée à avoir des activités sexuelles ?*
   Si la réponse est positive, continuer:
   (3ª) Depuis que vous êtes enceinte, vous avez été forcée à avoir des activités sexuelles ?

4. *Pendant la dernière année, vous avez été préoccupée par la sécurité de vos enfants?*
   Si la réponse est positive, continuer:
   (4ª) Depuis que vous êtes enceinte, vous avez été préoccupée par la sécurité de vos enfants?

5. *Pendant la dernière année, vous avez eu peur de votre couple ou d'une autre personne?*
   Si la réponse est positive, continuer:
   (5ª) Depuis que vous êtes enceinte, vous avez eu peur de votre couple ou d'une autre personne?"

Lors des visites postérieures il n'est pas nécessaire de se renseigner sur ce qui est arrivé pendant la dernière année et il faut remplacer la phrase *"Depuis que vous êtes enceinte…."* par la phrase *"Depuis votre dernière visite….."*

Une réponse positive à n'importe laquelle des questions se renseignant sur la violence pendant la dernière année doit être registrée dans la section Antécédents Personnels. S'il y a une réponse affirmative aux questions liées à la grossesse actuelle, marquer "OUI" dans la case correspondante.

ANTI- RUBÉOLE

L'élimination de la Rubéole et le Syndrome de Rubéole Congénitale (SRC) est l'un des défis en cours dans la région des Amériques. Une manière de contribuer à cet effort national et régional, c'est en se renseignant de façon routinière sur l'état de la vaccination anti-rubéole pendant le contrôle prénatal, sans oublier les femmes qui sont assistées pour les soins à la suite d'un avortement.

Demander: *Vous avez déjà été vaccinée contre la rubéole?* Si la réponse est affirmative, demander *Quand?*
Marquer la case "préalable" si elle a déjà été vaccinée avant cette grossesse. Marquer le cercle "grossesse" si le vaccin a été distraitement fait pendant cette gestation; "ne sait pas" quand elle ne se rappelle pas si elle a été vaccinée ; "NON" si elle n'a jamais été immunisée.

Si la femme n'a pas été vaccinée l'immunisation doit être différée jusqu'aux suites de couche immédiates (avant la sortie), ou pendant la période immédiatement après l'avortement. Il est conseillé de vous renseigner sur le schéma de vaccination dans votre pays et les dates où se font les campagnes de vaccination massive.

ANTITÉTANIQUE

L'élimination du tétanos néonatal est un autre défi de cette région. Une des stratégies clés pour atteindre ce but est celle de vacciner toutes les femmes en âge reproductive. Dans le but d'identifier les femmes qui ont besoin d'une immunisation antitétanique, l'HCP rappelle au fournisseur de se renseigner sur l'état de la vaccination au moment de la première visite de contrôle prénatal ou pendant les soins d'urgence chez une femme qui assiste pour les soins d'un accouchement ou d'un avortement sans contrôle prénatal.

Il est important de demander aux femmes enceintes la carte de vaccination ou un autre registre ou document où l'on pourra vérifier le nombre et l'intervalle entre les doses.

Si la femme présente une documentation, réviser le nombre et intervalle entre les doses, ainsi que le temps depuis la dernière vaccination et décider si elle doit recevoir une dose additionnelle.
Les femmes, qui n'ont pas de documentation vérifiant leur immunisation contre le tétanos, doivent être vaccinées avec une première dose à la première consultation prénatale ou pendant les soins en situation d'avortement. La deuxième dose ne doit pas être administrée avant quatre semaines de la première dose et au moins 3 semaines avant la date probable de l'accouchement. L'administration des doses suivantes doit respecter ce qu'indique la norme nationale.

Registrer *En vigueur=NON* dans les cas suivants

- Aucune dose reçue. Action: Inoculer deux doses pendant la grossesse actuelle. Première dose à la première consultation prénatale et la deuxième dose pas avant 4 semaines d'avoir reçu la première dose au moins 3 semaines avant la date probable de l'accouchement.
- Information peu fiable à propos du nombre et dates d'administration de doses préalables. Action: Inoculer deux doses pendant la grossesse actuelle.
- Elle a reçu deux doses et la grossesse actuelle commence après 3 ans de protection. Action: inoculer seulement une dose (la troisième).
- Elle a reçu trois doses et la grossesse actuelle commence après 5 ans de protection. Action: Inoculer seulement une dose (la quatrième).

Registrer *En vigueur=OUI* dans les cas suivants:

- Elle a reçu deux doses et la grossesse actuelle est comprise dans les 3 ans de protection.
- Elle a reçu trois doses et la grossesse actuelle est comprise dans les 5 ans de protection.
- Elle a reçu 5 doses.

Vacciner une femme non protégée avec anatoxine tétanique, en plus de la protéger, constitue une mesure préventive de préconception pour une future grossesse.

EXAMEN DES DENTS ET DES SEINS (EX. NORMAL)

Le contrôle prénatal offre l'occasion d'évaluer l'état de santé en général. C'est pour cette raison que l'HCP inclut des variables comme l'examen des dents et des seins qui renforcent cette notion.

Même pour ces femmes qui consulteront pour être assistées pour un avortement, il faudra inclure ces examens comme une manière de donner un soin intégral à la femme dans chaque contact qu'elle aura avec l'équipe de la santé.

Examen des Dents (Odont.)

Les soins des dents, pendant la grossesse, sont l'opportunité de promouvoir la santé orale de la femme et sa famille. L'infection périodontaire inclut des diagnostiques tels que gingivite (inflammation des tissus mous autour de la dent) et périodontite (destruction des structures de support de la dent – os, ligaments, ciment, etc.).

La transmission du streptocoque mutans de la mère vers l'enfant a un effet sur l'incidence de carie dentaire chez des petits enfants.

Examiner la cavité orale et registrer si on observe des caries ou des altérations. Dans les tissus mous autour des dents. Marquer ce qui correspond. Si l'examen est anormal registrer NON et envoyer chez le dentiste. Si l'examen est normal registrer OUI.

Examen des Seins

L'examen des seins est suggéré dans grand nombre de pays comme faisant partie de l'examen de toute femme enceinte. Dans cet examen on cherche à identifier des problèmes pouvant affecter la postérieure alimentation au lait maternel (des bouts de seins inversés ou plats et d'éventuelles pathologies tumorales évidentes) D'autres suggèrent que le moment de l'examen peut offrir l'opportunité de discuter sur le sujet de l'allaitement maternel.

Le moment le plus convenable pour faire l'examen des seins n'est pas déterminé. L'OMS recommande l'examen lors de la troisième visite prénatale, une fois que la confiance s'est établie entre la femme enceinte et le service.

L'HCP inclut la donnée Examen Normal, marquer NON quand l'examen des seins est anormal et OUI dans le cas contraire.
La décision de différer ou non l'examen chez une femme en situation d'avortement dépendra du bilan entre trouver un moment plus opportun pour l'examen et la sécurité que la femme reviendra au contrôle.

COL DE L'UTÉRUS

On recommande la réalisation de l'examen vaginal avec spécule comme une partie de l'évaluation du contrôle prénatal dans le but de détecter des anormalités ou infections cervicales. La sélection du moment le plus convenable pour cet examen est une décision que prendra le fournisseur en tenant compte de la situation individuelle de chaque femme.
L'examen avec spécule fera partie aussi de l'examen des femmes en cas d'avortement. .

Inspection visuelle (Insp. visuelle)

Si on observe une anormalité cervicale pendant l'examen avec le spécule, on notera anormal en inspection visuelle, si le col est sain on registrera normal y si l'examen n'a pas été fait, on registrera pas fait.

Frottis (Frot.)

Si l'on trouve une anormalité cervicale ou on doute que la femme puisse revenir après l'accouchement, considérer de faire un frottis pendant le contrôle prénatal. Chez la femme qui assiste seulement pour les soins

d'un avortement et on constate une lésion, le frottis devra être différé. L'interprétation des résultats peut être difficile quand le frottis est fait pendant la gestation. Registrer le résultat du frottis correspondant : Normal/Anormal et si le frottis n'a pas été fait, registrer pas fait..

Colposcopie (COLP)

Registrer comme 'Normal' si la Colposcopie est négative pour des lésions malignes ou signes avant-coureurs de cancer cervical. Autrement marquer "Anormal" ou pas fait. Pour les femmes qui assistent pour des soins d'avortement on différera la réalisation de la colposcopie.

GROUPE Rh

Noter dans le cadre le **groupe sanguin (Groupe)** correspondant (A, B, AB, O).

Pour **"Rh"** marquer (+) si la femme est Rh positif et (-) si elle est Rh Négatif.

La femme est **immunisée** quand elle a des anticorps anti D. Si la femme est immunisée elle aura le test positif pour des anticorps irréguliers (ce test est appelé aussi test de Coombs indirect) et dans ce cas on marquera (OUI), autrement on marquera (NON)..

GAMMAGLOBULINES ANTI D

Cette variable est destinée à l'application de gammaglobulines anti D, pendant la grossesse, selon les normes nationales. Dans certains pays de la Région, l'application routinière des gammaglobulines à toutes les femmes enceintes Rh négatif non immunisées aux 28 semaines de gestation, est une norme. Par contre, dans d'autres pays ont applique seulement les gammaglobulines anti D aux femmes Rh négatif non immunisées dans le cas de saignements ou de procédés invasifs (amniocentèse) ; en cas d'avortement on n'appliquera aucune de ces deux situations. On marquera **OUI** si étant Rh négatif non immunisée, elle a reçu des gammaglobulines anti D pendant la grossesse et si elle ne les a pas reçues, on marquera **NON.** En cas de femme Rh positif ou Rh négatif immunisée, on devra registrer "ne correspond pas" N/C.

TOXOPLASMOSE

Si les normes locales incluent la réalisation de ce test dans le contrôle prénatal, registrer la valeur du test en el (IgG o IgM) correspondante.

Il est toujours souhaitable de divulguer des messages éducatifs, de prévention pour diminuer le risque de toxoplasmose congénitale, pour cette raison se reporter à la Publication Scientifique CLAP/SMR 1562.

En cas d'avortement, et même si dans votre service on fait de la sérologie pour toxoplasmose, on ne devra pas registrer la variable ≥20 semaines.

INFECTION POUR VIRUS D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (HIV)

La Région des Amériques a adhéré à la stratégie globale d'une génération d'enfants libres de HIV et syphilis congénitale et à garantir l'accès universel au traitement à toutes les personnes vivant avec HIV/ SIDA.

Registrer Test HIV: Sollicité: NON ou OUI, Réalisé: NON ou OUI, si ça correspond.
Dans le cas d'une femme, qui contrôlait sa grossesse et subit une fausse-couche, il suffit de noter si le test a été sollicité/ réalisé avant 20 semaines.

Si la femme entre pour des soins d'un avortement et sans contrôle préalable, on remplira la variable HIV sans le formulaire complémentaire d'avortement. Pour garder la confidentialité d'un résultat HIV positif, l'HCP n'a pas de case indiquant HIV positif ou négatif. Raison pour laquelle, il est recommandé de registrer dans l'espace réservé pour des codes de maladies, le code correspondant au HIV
(R75 de la CIE 10 ou 76 de CLAP/SMR).

EXAMEN D'HÉMOGLOBINE (Hb)

L'anémie est un problème de santé publique à cause de sa prévalence élevée et à cause de ses conséquences sur la santé humaine, en particulier, pendant la grossesse où elle est associée à l'augmentation du risque de mortalité maternelle et périnatale (surtout dans les cas d'anémie sévère) ; prématurité poids très bas à la naissance.

On considère qu'une femme enceinte a de l'anémie lorsque la valeur d'hémoglobine est inférieure à 11,0 g/dl pendant le premier ou le troisième trimestre ou lorsque la valeur de l'hémoglobine pendant le deuxième trimestre est inférieure à 10,5 g/dl. Si l'hémoglobine se situe entre 7,0 y 9,0 g/dl, on considère que l'anémie est modérée et lorsqu'elle est inférieure à 7,0 g/dl, l'anémie est sévère. Toutes ces valeurs sont considérées au niveau de la mer.

L'HCP offre deux instances pour registrer les résultats de l'examen d'hémoglobine, une pendant la première visite prénatale ou à cause d'un avortement. Et une autre pendant le contrôle prénatal après les 20 semaines. Les valeurs obtenues seront registrées dans les rectangles correspondants et au cas où les niveaux seraient inférieurs à 11 grammes, marquer le cercle jaune.

FOLATES Indiqués

Il existe un consensus sur le fait que les exigences en fer et en acide folique augmentent pendant la grossesse et qu'il est difficile qu'une femme enceinte puisse satisfaire cette demande plus grande avec

seulement un régime, sauf dans ces pays où il y a des programmes spécifiques de renforcement des aliments.
Marquer le cercle (NON) si on n'a pas indiqué un supplément en fer et marquer le cercle blanc (OUI) quand on l'a indiqué.
Le déficit en folates est la deuxième cause d'anémie nutritionnelle pendant la grossesse et il est responsable aussi de défaut dans la fermeture du tube neural.
Marquer le cercle (NON) si on n'a pas indiqué un supplément d'acide folique et marquer le cercle blanc (OUI) quand on l'a indiqué.

Dans les cas de fausses couches chez des femmes qui veulent être enceintes à court terme, on recommande l'utilisation de fer et de folates comme première consultation de préconception d'une future grossesse.

SYPHILIS (Diagnostic et traitement)

La syphilis congénitale est toujours un problème important de la santé publique dans la Région. L'OPS a demandé aux ministres de la santé des pays membres de mettre en marche "Le plan pour éliminer la syphilis congénitale dans les Amériques ", ce qui est complété par la stratégie dénommée "une génération d'enfants libre de HIV et syphilis congénitale".

La stratégie pour éliminer la syphilis congénitale inclut le tamisage dans la première consultation prénatale, la promotion d'un contrôle prénatal précoce et la diminution du risque de re-infection à travers un traitement pour les couples sexuels et des conseils sur l'utilisation du préservatif.

Les tests de détection utilisés peuvent être Non Tréponémiques ou Tréponémiques. On suggère que les tests de détection se fassent en deux occasions, une, au moment de la captation dans la première visite prénatale (avant les 20 semaines de gestation) et une autre, pendant le troisième trimestre. En cas de test Non Tréponémique, on marquera (-) quand le test n'a pas été réactif, (+) s'il a été réactif et (S/D) sans donnée.

Dans les tests Tréponémiques, on ajoute l'option (N/C) quand ça ne correspond pas (ex.: rappel immunologique d'infection préalable)
Il faudra traiter les femmes, avec des tests réactifs, leur donner des conseils et des informations sur la maladie, ses risques et le besoin de traiter leurs couples sexuels et éventuellement l'enfant, après la naissance. Il faudra fournir de l'information aux femmes avec des tests négatifs sur la manière de prévenir les infections à transmission sexuelle.

Registrer (que ce soit avant ou après les 20 semaines de grossesse) la semaine de gestation où on a réalisé le ou les tests. Pour chacun marquer ce qui correspond. L'HCP inclut les options pour registrer la

semaine de gestation où on a fait le traitement, s'il n'a pas été fait (NON), si on ne sait pas (N/S) ou ne correspond pas (N/C).
De la même manière, on registrera le traitement du couple. Consulter publication scientifique CLAP/SMR N° 1562).

MALADIE DE CHAGAS

La maladie de Chagas (infection par trypanosome cruzi) se trouve exclusivement dans le continent américain. Elle est considérée endémique dans 21 pays.
Les activités considérées essentielles pour le contrôle de cette maladie sont le contrôle vectoriel et le dépistage de tests sérologiques pour T. cruzi dans les banques de sang. Dans les pays où la transmission vectorielle a été éliminée, la transmission verticale de la mère au fœtus est la seule manière de maintien de la maladie. A tel point que dans certains pays, la maladie de Chagas, pendant la gestation, est devenue une maladie sentinelle.

Registrer le résultat du Test de Chagas (Négatif/ Positif /Pas fait) correspondant.

PALUDISME / MALARIA

Le CLAP/SMR a inclus la variable paludisme étant donné la prévalence de cette maladie dans 21 sur 37 pays de la Région.

L'HCP inclut le terme Malaria ou Paludisme, on registrera le résultat du test de diagnostic réalisé NÉGATIF si on n'a pas détecté de paludisme,
POSITIF (cercle jaune) si la maladie est confirmée et PAS FAIT, en cas de ne pas réaliser le test.

BACTÉRIURIE

Bactériurie asymptomatique est la colonisation bactérienne du tract urinaire en l'absence de symptômes.

Dans les endroits où l'on ne dispose pas de la culture d'urine la bande réactive en urine peut être une alternative pendant le contrôle prénatal.

On marquera Bactériurie: NORMALE, quand la culture d'urine est négative (moins de 100,000 unités formatrices de colonie /ml), ou la bande réactive est négative; ANORMALE, si la culture d'urine ou la bande réactive ont des résultats positifs. Au cas où on ne réalisera pas la culture d'urine, ou, on n'utilisera pas la bande réactive, le long du contrôle de la grossesse, on registrera le cercle indiquant que la prestation N'A PAS ÉTÉ FAITE.
En cas d'avortement on ne consignera pas la donnée ≥20 semaines.

GLUCÉMIE À JEUN

Si les normes locales incluent la réalisation de ce test dans le contrôle prénatal, registrer la valeur de la glucémie obtenue (en milligrammes par décilitre) dans le rectangle correspondant. Si la glucémie basale est égale ou supérieure à 105 mg/dL, marquer en plus le cercle jaune. Comme il y a une controverse dans l'utilisation de la glucémie et son remplacement par la PTOG dans la routine obstétrique, il est recommandé de consulter la Publication Scientifique CLAP/SMR 1562.
En cas d'avortement on ne consignera pas la donnée ≥30 semaines.

STREPTOCOQUE B 35 - 37 semaines

L'infection par Streptocoque groupe B est considérée une cause importante de morbidité et mortalité néonatale.

La stratégie principale pour diminuer cette infection chez les nouveau-nés. C'est la détection pendant la grossesse du streptocoque du groupe B (entre les 35 et 37 semaines) à travers le prélèvement par coton-tige vaginal et rectal.
Si la réalisation de ce test fait partie des normes de votre pays l'HCP a inclus un espace pour registrer le résultat du test (NÉGATIF/POSITIF/PAS FAIT) correspondant.

En cas de soins pour avortement il ne faut pas remplir cette variable

PRÉPARATION POUR L'ACCOUCHEMENT

Le terme préparation pour l'accouchement a plusieurs sens et inclut des concepts très variés, le plus important c'est de garantir l'accès pour les soins (plan d'accouchement), c'est, en plus, une opportunité pour informer la femme et sa famille sur les changements qui arrivent pendant la gestation, pendant l'accouchement et pendant les suites de couche; préparer les parents pour faire face à leur nouveau rôle; entraîner en psycho- prophylaxie (techniques de relaxation et de respiration); augmenter la perception d'autocontrôle de la femme, entre autres.

Si la femme enceinte a reçu l'une de ces prestations, indiquer OUI, autrement registrer NON.
En cas de soins pour avortement il ne faut pas remplir cette variable.

CONSEIL SUR ALLAITEMENT MATERNEL

On comprend par conseil la remise réglée et opportune de l'information suivante:

- Bénéfices du lait maternel et les risques de l'alimentation avec du lait artificiel.
- Manières d'allaiter.
- Les changements dans le lait maternel après l'accouchement et
- Discuter les doutes et questions de la femme enceinte.

Il convient aussi, à ce moment, d'informer sur les droits de l'enfant.
Si la femme a reçu du conseil en allaitement maternel, comme on l'a défini, on registrera dans l' HCP (OUI/NON).
En cas de soins pour avortement il ne faut pas remplir cette variable.

CONSULTATIONS PRÉNATALES

CONSULTATIONS PRÉNATALES

jour | mois | année	AG	poids	P A	hauteur utérin	présentation	FCF (lpm)	mouvem foetals	protei nurie	indicateurs d'alerte, examens, traitements	Initiales Prestataire	prochain RV
18|09|06	12	63,3	100 60	–	–	–	–	–		AC	30|10

L'HCP contient un espace pour 6 contrôles prénatals, si on a besoin de plus d'espace pour de nouveaux annexer la "grille complémentaire de contrôles de l'HCP" ou une autre feuille.

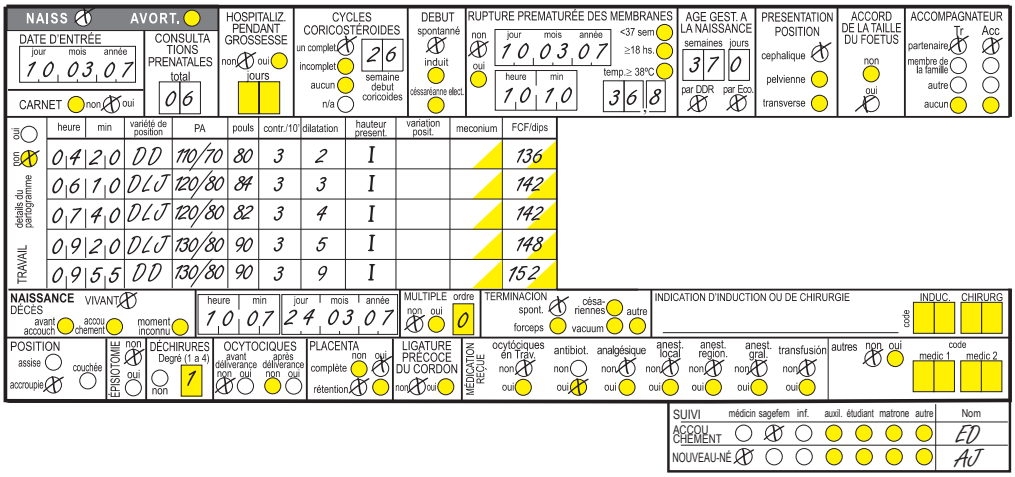
En cas d'entrée pour avortement ou accouchement sans contrôles prénatals, il ne faudra pas remplir cette section.

Les données à registrer sont:

- Día, mes y año de la consulta.
- Jour, mois et année de la consultation.
- Âge de gestation au moment de la consultation (âge gest.), en semaines complètes.
- Poids, en kilogrammes.
- Tension artérielle (TA), en mm de Hg.
- Hauteur utérine, en centimètres.
- Présentation, céphalique (céf), pelvienne (pel), y compris la situation transverse (trans).
- Fréquence cardiaque foetale en battements par minute (FCF bpm)
- Mouvements foetaux, positifs ou négatifs : le manque de données sera interprété comme une prestation pas faite
- Protéinurie: registrer positif si l'on détecte de l'albumine ou protéines dans l'urine, si elle n'en contient pas noter Négatif, le fait de laisser la case en blanc sera interprété comme pas fait.
- Signes d'alarme, examens et traitements, noter seulement des signes positifs et relevants.
- Initiales du technicien.
- Date du prochain rendez-vous, jour et mois.

Dans les situations où, à cause de l'âge de gestation, il ne faut pas effectuer l'une de ces prestations (par exemple, présentation fœtale avant les 28 semaines) on notera NC (ne correspond pas).

Section: ADMISSION POUR ACCOUCHEMENT



Ce secteur est conçu pour registrer les données relevantes du travail d'accouchement et de l'accouchement.

ACCOUCHEMENT

Marquer la case respective selon s'il s'agit d'un accouchement ou d'un avortement.

En cas d'avortement (voir section Avortement, p. 54) il faudra remplacer les sections : accouchement, maladies maternelles, nouveau-né, suites de couche, sortie du nouveau-né, sortie de la mère, et contraception de l'HCP, par le formulaire complémentaire (adhésif) pour les femmes en situation d'avortement.

DATE DE SORTIE

C'est la date correspondant à la sortie de la femme de l'établissement.

On registrera en jour- mois- année.

CARNET

Si la femme enceinte présente ou non le Carnet Périnatal au moment de l'hospitalisation pour l'accouchement. Marquer OUI/NON, correspondant.

CONSULTATIONS PRÉNATALES: TOTAL

Si elle <u>présente le carnet périnatal</u>, compter le nombre total de consultations prénatales et registrer dans l'HCP.

Si elle <u>ne présente pas le carnet périnatal</u>, demander: *Avez-vous subi déjà un contrôle prénatal?*

Si la réponse est négative, registrer 00

Si la réponse est affirmative, continuer: *Combien de contrôles prénatals avez-vous subis?* Et registrer la donnée reportée.

HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE

Cela concerne des hospitalisations ayant lieu pour des raisons différentes à l'accouchement.

S'il y a eu des hospitalisations pendant la grossesse, on registrera le cercle jaune indiquant OUI, dans ce cas il faudra aussi registrer le nombre total de jours d'hospitalisation, (d'une seule hospitalisation ou l'addition des jours de toutes les hospitalisations).

CORTICOïDES PRÉNATALS

L'inclusion de la variable corticoïdes, en plus de se baser sur son effectivité prouvée, essaye d'être un rappel pour augmenter leur utilisation de la part des professionnels, et c'est en plus un indicateur qui permet de faire le monitoring de qualité des soins périnatals.

Se rappeler d'interroger au moment de l'accouchement, toutes les femmes enceintes.

Registrer dans l'HCP l'information suivante:

- Complet: Si la femme enceinte a reçu deux doses de 12 mg de bétaméthasone par voie intramusculaire administrées toutes les 24 heures; ou quatre doses de 6 mg de dexaméthasone par voie intramusculaire, administrées toutes les12 heures.
- Incomplet: toute variation en moins avec le schéma décrit.
- Aucune: Elle n'a reçu aucune dose de corticoïdes
- N/C= ne correspond pas. Quand leur administration n'est pas indiquée.
- Semaine de commencement: Registrer les semaines de gestation au moment d'administrer la première dose

COMMENCEMENT

Cela concerne le moment de commencement du travail d'accouchement. Le commencement peut être spontané ou induit. Marquer la case correspondante.

Noter qu'il y a une case pour les femmes qui n'ont pas commencé le travail d'accouchement et ont été soumises à une césarienne. Dans ce cas on registrera césarienne élective.

RUPTURE DES MEMBRANES AVANT L'ACCOUCHEMENT

Elle est identifiée par la perte de liquide amniotique avant que le travail d'accouchement ait commencé, indépendamment de l'âge de gestation.

Si la rupture des membranes est confirmée avant le commencement du travail d'accouchement, registrer le moment approché du commencement de la perte de liquide amniotique (date et heure/minutes) Marquer les espaces en jaune si la perte a commencé avant les 37 semaines, si le temps de perte est supérieur ou égal à 18 heures et si elle est accompagnée de fièvre (Temp. > 38°C).

ÂGE DE GESTATION À L'ACCOUCHEMENT

Registrer l'âge de gestation au moment de l'accouchement, en semaines complètes et jours et marquer si le calcul s'est basé sur la DDM et/ou sur l'échographie.

PRÉSENTATION / SITUATION

Cela concerne le type de présentation, "céphalique", "pelvienne" ou "transverse"
diagnostiquée au moment du commencement du travail d'accouchement. On marquera le cercle correspondant.

TAILLE FOETALE CONFORME

Cela concerne la correspondance entre la taille fœtale estimée par des manœuvres cliniques et les semaines d'âge de gestation. Marquer OUI ou NON.

ACCOMPAGNANT (APPUI CONTINU PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT ET L'ACCOUCHEMENT)

L'HCP a incorporé cette variable basée sur le droit qu'a toute femme enceinte d'être accompagnée par qui elle veut et sur les évidences scientifiques qui indiquent de meilleurs résultats cliniques chez les femmes qui en effet, sont accompagnées.
On registrera la présence pendant le travail d'accouchement (TDA) et/ou accouchement (A) d'une personne (membre de la famille, ami ou personnel de la santé) qui offre son soutien émotionnel, information, encouragement et confort, de façon permanente à la femme enceinte.

On ne doit pas considérer 'accompagnant' le personnel de la santé qui a été sur place en réalisant seulement une évaluation clinique ou en administrant des traitements.

Registrer dans l'HCP qui et pendant quelle période offre l'appui d'accompagnant. Les options sont: Couple, membre de la famille, autre (cela comprend le personnel de la santé) et personne.
Les périodes sont: accompagnant présent pendant le travail d'accouchement (TDA) et/ou accouchement (A).

TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DÉTAILS DANS LE PARTOGRAMME

On registrera OUI, quand on aura utilisé le partogramme avec des courbes d'alerte de CLAP/SMR ou un autre partogramme, autrement marquer NON.

PARTOGRAMME

Le CLAP/SMR a conçu un partogramme avec des courbes d'alerte pour faciliter la surveillance du travail d'accouchement. Ce partogramme incorpore des courbes différentes, en considérant les principales variables qui influent dans la durée de l'accouchement: parité, état des membranes ovulaires et position de la femme enceinte pendant le travail d'accouchement. (Voir pages 16,17)

En cas de ne pas utiliser de partogramme, l'HCP inclut un espace pour registrer les données suivantes liées à l'évolution du travail d'accouchement :

1. Heure et minutes de l'évaluation (heure, min)
2. Position de la femme au moment de l'évaluation (elle marche, décubitus dorsal [DD], décubitus latéral gauche [DLG], entre autres)
3. Tension artérielle (PA) en mm. d'Hg.
4. Pouls en battements par minute.
5. Contractions utérines en 10 minutes (cont./10)
6. Dilatation cervicale en centimètres.
7. Hauteur de la présentation (hauteur présent.), concerne les plans d' Hodge ou stations de DeLee.
8. Variété de position (variété posit.). Concerne la variété de position selon les définitions obstétriques classiques. Par exemple, OIIA, OIDA.
9. Présence ou non de méconium (méconium), s'il y a du méconium marquer le triangle jaune respectif.
10. Fréquence cardiaque foetale (FCF) en battements par minute et présence de dips (décélérations de la FCF) qui se registreront dans le triangle jaune correspondant.

L'HCP a l'espace pour 5 évaluations, si on fait plus d'évaluations, on recommande d'utiliser la grille de registre additionnel.

NAISSANCE

Concerne l'état vital du nouveau-né au moment de l'accouchement. Registrer ce qui correspond:
La définition de né Vivant et Mort se trouve dans la section ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRIQUES.

Mort Avant L'accouchement: On marquera quand la mort arrive avant le commencement du travail d'accouchement. On définit comme travail d'accouchement l'ensemble de phénomènes physiologiques ayant la finalité d'expulser un nouveau-né viable. Il s'identifie par une dilatation cervicale de 2 ou plus centimètres et des contractions avec une fréquence de 3 ou plus en 10 minutes pendant plus d'une heure.

Mort à l'accouchement: mort qui est arrivée pendant le travail d'accouchement (période de dilatation ou d'expulsion)
Mort Ignore moment: Si on ne peut pas préciser le moment où la mort s'est produite..

DATE ET HEURE DE LA NAISSANCE

Marquer l'heure et minutes de la naissance, ainsi que le jour, mois et année.

MULTIPLE (NAISSANCE MULTIPLE)

Registrer si la naissance correspond à une naissance multiple (NON/OUI). Si elle est multiple noter l'ordre de la naissance dans le rectangle correspondant. Si elle n'est pas multiple, noter 0 dans le rectangle "ordre".
En cas de naissances multiples il faut remplir une HCP individuelle Pour chaque nouveau-né. Le premier aura l'Ordre =1, le deuxième sera Ordre=2, et ainsi de suite. Les données liées à la mère seront communes, mais il faut faire très attention à registrer les données individuelles de chaque nouveau-né.

FIN

Registrer si la fin de l'accouchement a été: spontanée, césarienne, forceps, vacuum ou autre.

INDICATION PRINCIPALE D'INDUCTION OU ACCOUCHEMENT OPÉRATOIRE

On registrera la ou les causes pour lesquelles a été indiquée l'induction, césarienne, forceps, ou vacuum.

L'HCP inclut un espace pour la description complète de cette indication et offre, en plus, des rectangles pour noter les codes des principales indications, qui sont résumés au verso de l'histoire.

POSITION ACCOUCHEMENT

Indiquer la position de la patiente pendant la période expulsive: assise, couchée ou accroupie

ÉPISIOTOMIE

Registrer si on a fait une épisiotomie (OUI/NON)

RUPTURES (Degré 1 à 4)

En cas de ruptures pendant l'accouchement marquer dans la case correspondante. Registrer le degré respectif (1 à 4) dans le rectangle correspondant.

OCYTOCINES

Registrer si on a utilisé des ocytocines pendant la période du pré -

accouchement
(pré - accouchement) ou après l'accouchement (post- accouchement) Pré- accouchement inclut l'utilisation d'ocytocines avant l'expulsion du placenta. Post- accouchement inclut l'utilisation d'ocytocines après la sortie du placenta.

Dans cette variable on n'inclut pas l'utilisation d'ocytocines pour l'induction ou la stimulation des contractions utérines. Cette donnée doit être registrée dans la variable 'Médicaments Reçus'.

PLACENTA

Il s'agit de registrer si le placenta a été complètement expulsé (OUI/NON) ou s'il a été retenu (OUI/NON)

LIGATURE DU CORDON

La ligature précoce du cordon est une pratique qui doit être abandonnée comme routinière pour les soins du nouveau-né.
On considère qu'une ligature est précoce lorsqu'elle se fait pendant que le cordon est encore turgescent et bat du côté du placenta, dans ce cas marquer OUI, marquer NON si la ligature n'a pas été précoce.

MÉDICAMENTS REÇUS

Cela concerne les médicaments administrés pendant le travail d'accouchement ou l'accouchement. La liste inclut:

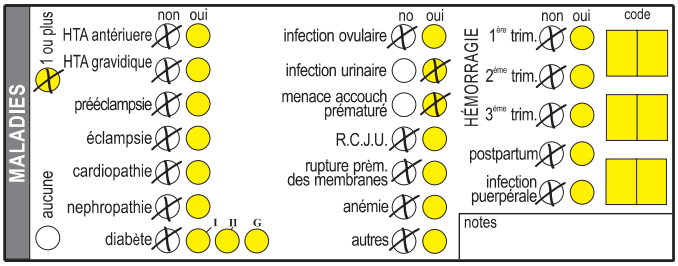
- Ocytocines en travail d'accouchement (ocytocines en TDA)
- Antibiotiques (antibiot.)
- Analgésie, concerne l'utilisation d'analgésiques intraveineux.
- Anesthésie locale (anesth. locale) correspond à l'infiltration du périnée avec des anesthésiques locaux.
- Anesthésie régionale (anesth. région.) inclut l'analgésie péridurale, rachidienne et mixte.
- Anesthésie générale (anesth. gén.)
- Transfusion, concerne le sang entier ou dérivés du sang (globules, plaquettes, plasma).
- Autres – Spécifier le nom et codifier en utilisant les codes imprimés au verso de l'HCP

Marquer (OUI/NON) correspondant. Cela n'inclut pas l'administration d'ocytocine à l'accouchement décrite ci-dessus.

A SOIGNÉ

Concerne le type de personnel qui a soigné la mère (ACCOUCHEMENT). Marquer la case correspondante (médecin, obstétricien, infirmière, auxiliaire, étudiante, autre) et ensuite noter le nom, initiales ou code.

Section:
MALADIES (PATHOLOGIES MATERNELLES)

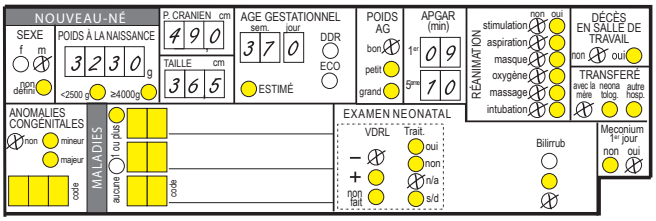


Dans cette section de l'HCP on registrera toutes les pathologies arrivées pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Il est souhaitable de la remplir au fur et à mesure que se font les diagnostics. De cette façon, les complications surgies pendant la grossesse, seront registrées au moment de l'accouchement et celles survenues pendant l'accouchement seront déjà registrées au moment de la sortie où l'on révisera et on notera toute complication détectée pendant les suites de couche.

Dans la dernière colonne de ce tableau il y a trois groupes de rectangles permettant de registrer jusqu'à 3 codes d'autres pathologies maternelles. Si un diagnostic ne figure pas sur la liste des pathologies, il faut alors chercher le code respectif au verso de l'HCP, si la pathologie n'est pas codifiée au verso de l'HCP on suggère d'obtenir le code de la liste de la CIM 10 (Pathologies de la grossesse, accouchement et suites de couche).
Remarquer que dans ce tableau, il y a deux variables résumé: 'Aucune' (qui sera remplie à la sortie de la mère si aucune pathologie ne s'est produite pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche) et '1 ou plus', qui doit être marquée dès que l'on détecte la première complication, avant ou après la sortie. Il faut tenir compte qu'au cas une femme rentre dans l'établissement, on devra marquer cette option et registrer dans l'HCP la pathologie qui en est la cause.

Cette section doit être soigneusement révisée au moment de la sortie pour s'assurer que toutes les complications y sont comprises.

Section: NOUVEAU-NÉ



En cas de Mort Foetale registrer Sexe, Malformations, Poids et Longueur à la naissance, Âge de gestation et marquer Naissance: Mort – Avant accouchement ou Accouchement (correspondant).
Registrer en plus points d' Apgar à la 1ère minute 00 et 5ème minute 00.

SEXE

Marquer la case correspondante (Féminin, Masculin ou Pas défini)

POIDS À LA NAISSANCE

Registrer le poids à la naissance en grammes. Marquer la case jaune si le poids est <2500 g ou s'il est ≥4000 g.

PÉRIMÈTRE CÉPHALIQUE (P. CÉPHALIQUE)

Registrer la longueur du nouveau-né en centimètres avec un décimal.

LONGUEUR

Registrer la longueur du nouveau-né en centimètres avec un décimal.

ÂGE DE GESTATION

Registrer l'âge de gestation en semaines complètes et jours, registrer aussi s'il a été calculé à partir de la DDM ou par échographie. Si on ne dispose pas de l'âge de gestation, on peut utiliser la mesure du périmètre céphalique du nouveau-né, dans ce cas on marquera le cercle jaune 'Estimé'. Voir publication CLAP/SMR 1562.

POIDS POUR ÂGE DE GESTATION (POIDS Â.G.)

Cela concerne le poids du nouveau-né par rapport à son âge de gestation en utilisant un patron de référence de la distribution de poids dans les différents âges de gestation. Selon sa situation dans ce graphique le nouveau-né pourra être classé comme: "adéquat", "petit" ou "grand" pour l'âge de gestation.

APGAR (min)

Registrer les points d' Apgar dans la 1ère et 5ème minute de vie.

RÉANIMATION

Dans cette case l'HCP inclut la liste de procédés pouvant être utilisés pendant la réception/réanimation du nouveau-né. Cette liste inclut:

- Stimulation (stimul.).
- Aspiration de bouche et nez.
- Masque.
- Oxygène.
- Massage cardiaque (massage)
- Intubation endotrachéale (tube)

Marquer tous les procédés réalisés correspondants.

MEURT DANS LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT

L'HCP permet de registrer l'état du nouveau-né, né vivant pendant sa permanence en salle d'accouchements. Marquer OUI quand le nouveau-né est né vivant mais il est mort en salle d'accouchements; autrement, marquer NON.

RÉFÉRÉ

Cela concerne la destination du nouveau-né après sa réception en salle d'accouchements. Les possibilités incluses dans l'HCP sont:

- Envoyé à hébergement conjoint (héb. conj.)
- Envoyé à l'unité de néonatologie qu'elle soit intensive ou intermédiaire
- Référé à un autre établissement

Marquer ce qui correspond.

A SOIGNÉ

Cela concerne le type de personnel qui a soigné le nouveau né (NOUVEAU-NÉ).

Marquer la case correspondante (médecin, obstétricien, infirmière, étudiante, autre) et ensuite noter nom, initiales ou code.

DÉFAUTS CONGÉNITAUX

L'HCP inclut un espace pour consigner la présence ou l'absence de défauts congénitaux. S'il y en a, voir au verso de l'HCP pour identifier le code correspondant au défaut congénital détecté. Marquer les cercles jaunes s'il s'agit d'une malformation congénitale majeure ou mineure.

Malformation majeure est celle capable de produire la perte de la fonction de l'organe sur lequel elle est installée, par exemple agénésie du pouce. Les malformations mineures, en ne provoquant pas la perte de fonction, sont en général esthétiques (par exemple : papillome pré- auriculaire).

MALADIES

Cette section est pour registrer des maladies différentes aux défauts congénitaux. Consulter le verso de l'HCP (Pathologie Néonatale) pour identifier le code correspondant.

L'HCP inclut un espace pour registrer jusqu'à 03 codes et à côté elle fournit l'espace pour écrire le détail du diagnostic. Remarquer qu'il y a, en plus, deux variables de résumée : 'Aucune' (s'il n'y a pas eu de pathologies chez le nouveau-né depuis la naissance jusqu'à la sortie ou '1 ou plus' en cas contraire.

Chez les nouveaux-nés qui sont entrés en salle, on registrera le formulaire d'hospitalisation néonatale pour amplifier l'information.

TAMISAGE NEONATAL

La principale justification pour l'existence du tamisage néonatal est la prévention de lésion sévère à partir du commencement d'un traitement opportun.

L'HCP inclut les tests de tamisage suivants:

SYPHILIS

Marquer négatif ou positif selon le résultat du test réalisé en sang du cordon ombilical ou postérieurement avant la sortie du nouveau-né. Noter "pas fait" si ça correspond.

Si le résultat du test VDRL a été réactif et on a indiqué un traitement, marquer NON, quand le traitement indiqué n'a pas été fait, OUI, quand le traitement indiqué a été fait, N/C quand on n'as pas indiqué de traitement et N/S quand on ne sait pas si le traitement indiqué a été fait.

TSH (Hypotiroïdisme)

Marquer "PAS fait" quand à la sortie de la clinique on constate que l'examen n'a pas été fait. Quand l'examen a été fait, on marquera positif si la valeur excède le rang normal pour le laboratoire et négatif quand la valeur de TSH est normale.

ANÉMIE FALCIFORME (Falcif.)

Selon les normes locales le tamisage d'anémie falciforme peut être universel ou sélectif à la population descendante d'Africains (ethnie noire).
Il est conseillable qu'il soit universel quand cette population de risque

est supérieure à 15%. On registre “pas fait” quand l’étude de l’anémie falciforme n’a pas été faite avant la sortie. Quand elle a été faite et on dispose de son résultat, on registre positif ou négatif correspondant.

BILIRUBINE

C’est un tamisage sélectif des nouveaux-nés sains qui développent ictère modérée et même intense depuis le premier jour de vie. La détermination quantitative de la bilirubinémie permet d’identifier les nouveaux-nés qui risquent une lésion neurologique et de commencer un traitement opportun. On indique “pas fait” quand le nouveau-né présente ictère mais on ne l’a pas déterminée. Le résultat de la détermination qui ne révèle pas de risque est marqué comme négatif et s’il présente des valeurs élevées pour l’âge en heures, on marquera comme positif. Voir publication CLAP/SMR 1562.

TOXOPLASMOSE NEONATALE (Toxo IgM)

Selon les normes locales qui indiquent le tamisage néonatal en sang du cordon ombilical, on marquera « pas fait » quand le test n’a pas été fait. Si le test a été fait, on notera négatif ou positif selon le résultat de la détermination.

MÉCONIUM

Registrer dans ce tableau si le nouveau-né a expulsé du méconium, le premier jour de vie. Marquer (OUI/NON).

Section: SUITES DE COUCHE

PUERPERIUM						
jour	heure	T°C	P A	pouls	invol. uter.	lochies
10	12	36	100/70	90	cont	norm
11	10	36,6	100/60	86	cont	norm
12	08	36,6	100/70	92	cont	norm

CONTRÔLE DES SUITES DE COUCHE

Ce secteur est destiné à registrer les contrôles des suites de couche.

- Jour, heure: au moment de l'examen des suites de couche.
- Température (T°C): température au moment de l'examen en centigrades et dixièmes (ex.: 36,4)
- Pouls. Numéro de battements par minute
- Tension Artérielle (TA): en mm. d'Hg.
- Involution utérine (invol. utér): Cela concerne l'existence ou non du globe de sécurité de Pinard et le degré d'involution de l'utérus contracté (cont.), flasque (flas.), ou une autre caractéristique selon l'utilisation locale de registre.
- Lochies: selon leurs caractéristiques, odeur, quantité, présence de caillots, etc..

ANTIRUBÉOLE POST ACCOUCHEMENT

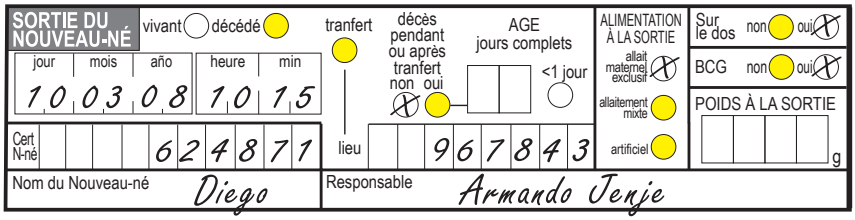
On se demande s'il est nécessaire d'administrer le vaccin anti-rubéole après l'accouchement chez des femmes qui n'ont pas été immunisées au préalable. Cette mesure préventive cherche à protéger la prochaine grossesse.

Marquer "ne correspond pas" si le vaccin de la patiente est encore en vigueur, donc il n'a pas été nécessaire de la vacciner. Marquer (OUI) quand la femme devait recevoir le vaccin et elle est vaccinée à la sortie et on marquera (NON) quand une femme devait être vaccinée et elle est autorisée à sortir sans recevoir le vaccin.

GAMMAGLOBULINES AVANT LA SORTIE (gGLOBULINE)

Lorsqu'il s'agit d'une femme Rh négatif non immunisée (elle n'a pas d'anticorps anti D) et son nouveau-né est Rh positif, elle devra recevoir gglobuline hyperimmunisé anti D avant les 72 heures de la naissance.
On marquera (OUI) si étant Rh négatif non immunisée elle a reçu gglobuline anti D. On marquera (NON) quand, étant Rh négatif non immunisée, elle n'a pas reçu gglobuline anti D. Dans le cas d'une femme Rh positif ou Rh négatif immunisée on devra registrer (N/C) ne correspond pas.

Section: SORTIE DU NOUVEAU-NÉ



Dans tous les cas où un nouveau-né est dérivé à un autre service ou institution différente à la clinique où il est né et l'HCP a été remplie, il faudra établir les mécanismes nécessaires pour prendre connaissance de l'évolution du nouveau-né. En particulier, l'HCP doit être disponible jusqu'à la sortie définitive du nouveau-né, pour registrer dans la propre histoire l'état (vivant ou mort), son poids et date à la sortie.

SORTIE NN il faut la remplir pour tous les nés vivants. On ne doit pas la remplir en cas d'avortement ou de né mort.

- Si l'enfant est né vivant et il est toujours vivant au moment de la sortie, alors SORTIE NN doit inclure la date et l'heure de la sortie. En plus il faut marquer le cercle 'vivant'
- Si l'enfant est né vivant mais pour une certaine complication il doit être déplacé à un autre établissement, alors SORTIE NN doit inclure la date et l'heure du déplacement. En plus, il faut marquer le cercle 'transfert' et noter le code identifiant le lieu.
- Si l'enfant est né vivant et il meurt, la SORTIE du NN doit inclure la date et l'heure du décès, en plus de marquer le cercle 'meurt'. Si la mort se produit en dehors du lieu de naissance, le code de l'autre établissement doit figurer clairement.
  En cas d'AVORTEMENT et de MORT FOETALE, cette section reste en blanc.
  Pour les cas des **transferts ou références**, on registre dans:
- Meurt pendant ou dans le lieu de transfert: Marquer (OUI/NON)

ÂGE SORTIE EN JOURS COMPLETS (vivant ou mort). Si c'est dans les 24 premières heures, registrer 00 et marquer le cercle "< 1 jour".

ALIMENTATION À LA SORTIE

Indiquer le type d'alimentation que l'enfant a reçu pendant les dernières heures de son séjour dans l'établissement :

- Allaitement maternel exclusif (allait. excl.): Il n'a reçu que du lait maternel et aucun autre liquide ou lait artificiel.
- Allaitement non exclusif (partiel): il a reçu du lait maternel et en plus des liquides ou du lait artificiel
- Lait artificiel.

SUR LE DOS

On veut savoir si la mère a reçu l'information sur les bénéfices de placer le nouveau-né sur le dos dans son berceau.

Marquer si la mère a reçu cette information (OUI/NON)

BCG

Marquer (OUI/NON) si le nouveau-né a reçu ou non le vaccin BCG avant la sortie de la clinique.

POIDS À LA SORTIE

Noter le poids du nouveau-né en grammes au moment de la sortie de l'établissement.

CERTIFICAT NOUVEAU- NÉ

Cet espace est prévu pour registrer le numéro du certificat de naissance délivré.

NUMÉRO D'HISTOIRE CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ

Cet espace est prévu pour registrer le numéro d'histoire clinique délivré par l'établissement.

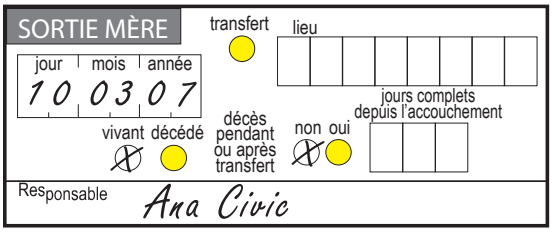
NOM DU NOUVEAU-NÉ

Noter le nom complet du nouveau-né. Registrer au moins les noms de famille si les prénoms n'ont pas encore été choisis par les parents.

RESPONSABLE

Noter le nom du médecin responsable d'autoriser la sortie du nouveau-né.

Section: SORTIE DE LA MÈRE



Dans tous les cas où la femme est dérivée à un service ou établissement autre que l'établissement où on a rempli l'HCP, il faudra établir les mécanismes nécessaires pour prendre connaissance de l'évolution de la santé de la femme L'HCP doit être disponible jusqu'à la sortie définitive de la femme pour registrer dans la propre histoire son état (vivante ou morte) et la date de sortie.

SORTIE DE LA MÈRE: concerne l'état au moment de la sortie (vivante ou morte).

- Si la mère est vivante au moment de la sortie, alors SORTIE DE LA MÈRE doit inclure la date et l'heure de la sortie. En plus, il faut marquer le cercle 'vivante'
- Si la mère a présente une certaine complication et doit être déplacée à un autre établissement, alors SORTIE DE LA MÈRE, doit inclure la date et l'heure du déplacement. En plus, on doit marquer le cercle 'transfert' et noter le code identifiant le lieu du transfert.
- Si la mère est morte dans l'établissement où a eu lieu l'accouchement, alors SORTIE DE LA MÈRE doit inclure la date et l'heure du décès. En plus, il faut marquer le cercle 'meurt'

Dans le cas des transferts ou références, on registre dans:

- Meurt pendant ou dans le lieu de transfert: Marquer (OUI/NON)
- Âge en jours complets où est arrivé le décès

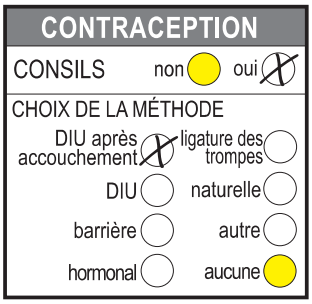
JOURS COMPLETS DEPUIS L'ACCOUCHEMENT:

- Registrer jours complets depuis l'accouchement jusqu'à la sortie.

RESPONSABLE

Compléter avec nom et prénom, initiales ou code du technicien responsable d'avoir autorisé la sortie.

Section: CONTRACEPTION



CONSEILS

Marquer (OUI/NON) si la femme a reçu des conseils sur contraception avant la sortie. Cette donnée doit être remplie pour toute femme qui aura subi un accouchement ou un avortement

MÉTHODE CHOISIE

Marquer la méthode choisie par la femme après les conseils.
Cette liste comprend:

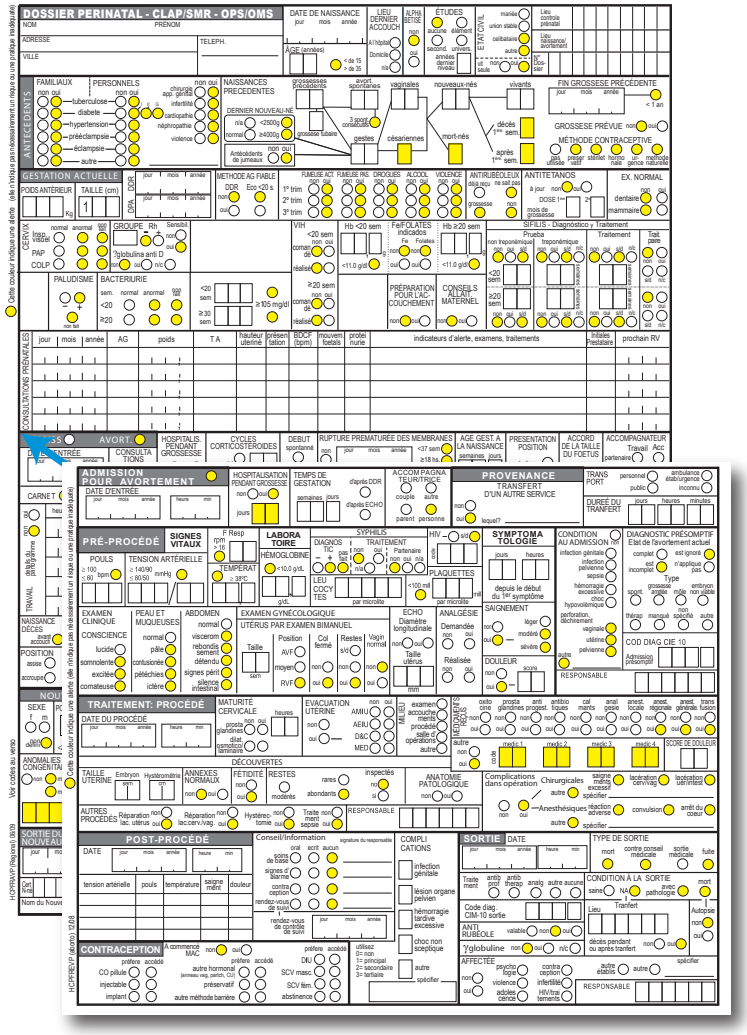
- DIU Post événement obstétrique (post accouchement ou post avortement). Marquer cette option signifie que le DIU a été placé avant la sortie
- DIU: cette option indique que la femme a choisi cette méthode mais il sera posé dans un autre moment, après la sortie
- Barrière: préservatif masculin, préservatif féminin, diaphragme, capuchon cervical.
- Hormonal: oral (pilules), transdermique (patch, anneau vaginal), implant sub-dermique ou injectable.
- Ligature tubaire
- Naturelle: méthode du jour fixe, méthode de aménorrhée pour allaitement, abstinence périodique, rythme, Billings, entre autres.
- Autre
- Aucune: Marquer. Cette option signifie que la femme n'a encore choisi aucune méthode.

Section: Avortement

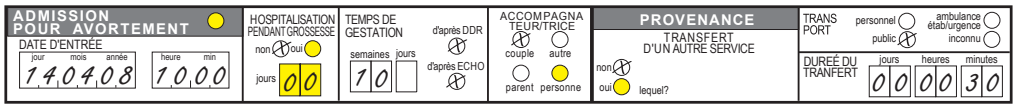
La section avortement a été conque pour registrer les donnés relevantes des soins à des femmes en situation d'avortement. Les variables considérées ont été largement testées dans le développement et soigneusement sélectionnées en suivant les standards du CLAP/SMR dans le monitoring des systèmes de la santé.

En cas d'avortement, il faudra remplacer les sections: accouchement, maladies maternelles, nouveau-né, suites de couche, sortie du nouveau-né, sortie de la mère, et contraception de l'HCP, par le formulaire complémentaire (adhésif) pour des femmes en situation d'avortement.

Histoire Clinique Périnatale avec exemple de remplacement des secteurs d'Accouchement et Nouveau-né par le Formulaire Complémentaire de femmes en situation d'avortement



Section: ADMISSION POUR AVORTEMENT



DATE D'ENTRÉE

C'est la date correspondant à l'entrée de la femme à l'hôpital. On registrera la date en jour- mois- année et l'heure en heure- minutes.

HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE

Cela concerne les hospitalisations survenues pour différentes raisons. S'il y a eu des hospitalisations pendant la grossesse, on registrera le cercle jaune qui indique OUI. On devra registrer dans les rectangles jaunes, le nombre total de jours d'hospitalisation (de la seule hospitalisation ou l'addition de jours de toutes les hospitalisations).

ÂGE DE GESTATION À L'ENTRÉE

Registrer l'âge de gestation au moment de l'entrée en semaines complètes et jours et marquer si le calcul s'est basé dur la date de la dernière menstruation (DDM) et/ou sur l'échographie (ÉCHO).

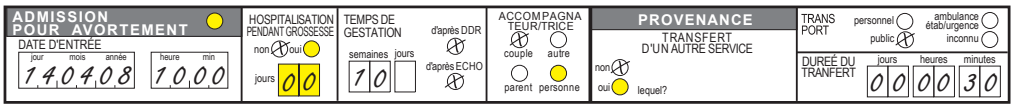
ACCOMPAGNANT (APPUI PERMANENT PENDANT TOUTES LES ÉTAPES DE L'ESSAI CLINIQUE, PROCÉDÉ ET PENDANT LA PÉRIODE POSTÉRIEURE ACCOMPAGNANT (APPUI CONTINU PENDANT LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT ET L'ACCOUCHEMENT)

L'HCP a incorporé cette variable basée sur le droit des patients d'être accompagnés par qui ils veulent et sur les évidences scientifiques qui indiquent de meilleurs résultats cliniques chez les femmes qui en effet, sont accompagnées pendant le processus d'assistance.

On registrera la présence pendant l'hospitalisation d'une personne (membre de la famille, ami ou personnel de la santé) qui offre son soutien émotionnel, information, encouragement et confort, de façon permanente et individualisée à la femme en situation d'avortement.
On ne doit pas considérer 'accompagnant' le personnel de la santé qui a été sur place en réalisant seulement une évaluation clinique ou en administrant des traitements.

Registrer dans l'HCP qui et pendant quelle période offre l'appui d'accompagnant. Les options sont : couple, membre de la famille, autre (cela comprend le personnel de la santé) et personne.

Section: PROVENANCE



TRANSFERT DEPUIS UN AUTRE SERVICE

Il faut marquer OUI ou NON, si la patiente a été transférée depuis une autre unité de santé.

Si on a marqué OUI indiquer laquelle, le nom et/ou code de l'institution depuis laquelle s'est produit le transfert.

TRANSPORT

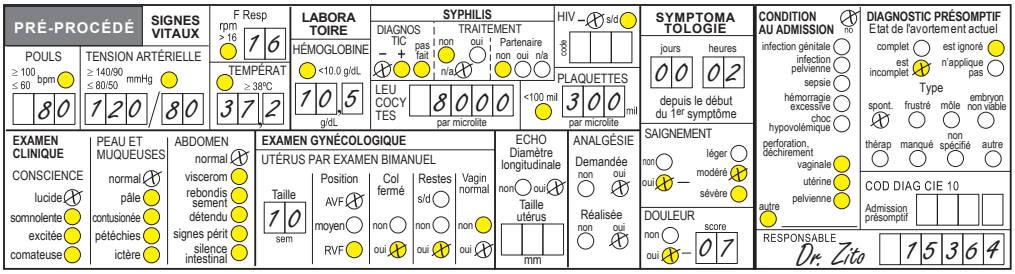
Cela concerne le type de transport qu'on a utilisé pour arriver à l'établissement de santé. Les options sont:

- **Personnel**, quand la femme s'est déplacée dans son propre véhicule ou dans celui d'un ami ou membre de la famille.
- **Public**, la femme a pris un autobus, taxi, navette ou tout autre moyen de transport partagé ou à usage public traditionnel.
- **Ambulance**: il faut savoir si le moyen de transport utilisé a été une ambulance publique ou privée ou tout autre transport d'urgence fourni par les pompiers ou la police, etc.
- **Inconnu**, l'information n'est pas connue ou n'est pas disponible. La femme ou sa famille ne fournissent pas cette information.

TEMPS DE DÉPLACEMENT

On registrera en jours, heures et minutes le temps mis pour le transfert à l'établissement de santé depuis son domicile, travail ou une autre institution.

Section: PROCÉDÉ PRÉALABLE



SIGNES VITAUX

Dans cette section, on registre toutes les données liées aux signes vitaux de la patiente avant le procédé:

- **POULS**, en battements par minute (bpm). S'il est supérieur ou égal à 100 bpm ou inférieur ou égal à 60 bpm, on marquera le cercle jaune.
- **TENSION ARTÉRIELLE**, systolique et diastolique en millimètres de mercure (mm. Hg).
  Si la TA est supérieure ou égale à 140/90 mm. Hg ou inférieure à 80/50 mm. Hg,
  On marquera le cercle jaune. Quand la tension systolique sera inférieure à 100 mm. Hg (ex.: 90 mm. Hg, on devra registrer 090)
- **Fréquence respiratoire (F Resp.)**, en respirations par minute (rpm). Quand elle dépassera les 16 rpm se présente une tachypnée et on marquera le cercle jaune.
- **Température axillaire (TEMPÉRAT.)**, on registre en degrés Centigrades avec le dixième correspondant. Si la température est supérieure ou égale à 38 ºC on le registrera dans le cercle jaune.

LABORATOIRE

On fera des études de sang en mesurant l'hémoglobine, leucocytes, plaquettes, HIV et Syphilis.

- **HÉMOGLOBINE,** elle est mesurée en grammes/décilitre (g/dL) de sang. On marquera les unités correspondantes et un dixième. Si la valeur est inférieure à 10.0 g/dl la patiente présente anémie et on le registrera comme signe d'alerte dans le cercle jaune. Si l'hémoglobine est inférieure à 10 g/dl (ex.: 8.0 g/dl) marquer 08,0.

- **DIAGNOSTIC DE SYPHILIS (DIAGNOSTIC),** en dépendant des conditions locales on utilisera des tests diagnostiques non tréponémiques (VDRL/RPR), des tests rapides tréponémiques ou des tests rapides combinés (tréponémiques et non tréponémiques). Indépendamment de la technique utilisée pour le diagnostic, on registrera dans les cercles correspondants, ***(-)*** si une syphilis a été écartée, ***(+)*** si la femme présente syphilis, ou ***(n'a pas été fait)***.

- **TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (TRAITEMENT)**, Le traitement de la syphilis se fera, de préférence, avec pénicilline G benzatinique 2.400.000 U par voie intramusculaire, dose unique en cas de syphilis primaire. En situation d'avortement et, à la différence de la grossesse, si la femme est allergique à la pénicilline, on pourra utiliser d'autres antibiotiques effectifs. On marquera le cercle **(NON)** quand on n'a pas fait le traitement et il fallait le faire.
  On marquera **(OUI)** si le traitement a été fait et s'il n'est pas nécessaire on le registrera dans « ne correspond pas » **(N/C)**.
  Il ne faudra pas faire le traitement dans ces cas où, après avoir fait des tests pour confirmer la syphilis (tréponémiques), ils l'ont écartée. Dans les endroits où les normes et les conditions prévoient l'utilisation de tests tréponémiques de confirmation, il faudra les faire. Avant de douter, il est préférable de traiter la femme.

- **TRAITEMENT DU COUPLE (TRAITEMENT COUPLE)**
  Un des principaux échecs dans la diminution de la syphilis est le manque de traitement des contacts sexuels de la femme. On consignera **(NON)** si on n'a pas fait de traitement au couple, **(OUI)** s'il a été fait et **(N/C)** si les études de confirmation du couple ont été négatives.

- **HIV**, la détection et le traitement opportun de l'infection pour HIV sont des activités clés pour réduire l'impact de cette maladie, diminuer sa transmission et pour appliquer des mesures préventives.
  On utilise des examens de tamisage pour HIV (tests rapides de prélèvements de sang ou salive, ou le test d'ELISA). Si les tests sont réactifs, ils devront se confirmer au moyen de la technique de Western blot ou par immunofluorescence.
  Registrer dans (-) si le résultat du HIV est non réactif, marquer le cercle jaune (S/P) quand l'examen n'a pas été fait ou on ne sait pas son résultat. S'il est positif, on recommande de registrer le code 76 qui figure au verso de l'HCP.

- **LEUCOCYTES**, mesurés en unités par microlitre. On indique le nombre total de leucocytes (globules blancs) par microlitre.
  5 cases de type numérique sont habilitées quand le nombre de leucocytes sera <10.000, il faudra inclure un 0 dans la case des dizaines de mille (ex : 9000 on notera 09000).

- **PLAQUETTES**, mesurées en quantités de mille par microlitre. On remplit les trois espaces correspondants avec des numéros. Par exemple, si le résultat est 450.000 on registre: 450 étant donné que mille est déjà écrit en lettres. L'espace jaune devra être marqué quand la valeur sera inférieure à 100 mille plaquettes. Si au contraire elles sont au nombre de 45.000 il faudra inscrire 045.

- **Groupe sanguin et facteur Rh (GROUPE Rh)**, s'il n'a pas été déterminé pendant la consultation prénatale, il devra être déterminé et registré dans la section gestation actuelle, comme on a déjà expliqué. Immédiatement au-dessous du Groupe et Rh, on a la place pour registrer l'utilisation se gammaglobulines hyperimmunisées anti D. En cas d'avortement cela sera enregistré à la sortie dans le domaine correspondant.

SYMPTOMATOLOGIE
On indiquera en jours et heures la durée totale des symptômes depuis le commencement du premier symptôme.

SAIGNEMENT
Si la femme n'a pas de saignement on registrera (NON). Si elle a du saignement, on marquera le cercle jaune (OUI) et on ajoutera la quantité correspondante, léger, modéré, sévère. Les deux derniers (en jaune) sont considérés des signes d'alerte, raison pour laquelle il faudra prendre des précautions face à un risque hypovolémique.

DOULEUR
On registrera l'existence de douleur abdominale et/ou pelvienne : OUI ou NON. On utilisera l'Echelle Visuelle Analogue de la Douleur (EVAD) - Ipas. Si on ne dispose pas de l'EVAD, on lui demandera de qualifier sa douleur dans une échelle de 0 à 10, 0, étant absence de douleur et 10 la douleur maximale imaginée. On registrera dans les rectangles la valeur numérique définie.

EXAMEN CLINIQUE
On indiquera les signes trouvés dans l'examen clinique dans les espaces correspondants.

CONSCIENCE
On marquera seulement l'une des quatre options pour établir l'état de conscience, selon qu'elle soit :

- **Lucide**, si elle est située dans le temps et dans l'espace, elle peut maintenir un dialogue cohérent.
- **Assoupie**, si elle plonge dans un état de somnolence persistante.
- **Excitée**, présente hyperquinésie à prédominance des membres supérieurs et inférieurs.
- **Comateuse**, la femme est en état inconscient, présente perte de sensibilité et de la capacité motrice volontaire.

PEAU ET MUQUEUSES
On registrera l'apparence de peau et muqueuses dans les espaces corrélatifs, ces variables acceptent plus d'une option (Par ex : pâle et pétéchies):

- **Normal**, lorsqu'il n'y a pas d'altérations visibles dans la couleur de la peau, en prenant comme référence celle correspondant à son ethnie.
- **Pâle**, Couleur significativement plus claire des muqueuses et de la couleur de la peau que celle correspondant à son ethnie.
  Ecchymose, taches sub-dermiques ou sub-muqueuses, d'une couleur bleue -violacée ou violacées- jaunâtres dépendant du temps d'évolution.
- **Pétéchies,** petites taches qui apparaissent comme des points rouges dans la peau et qui ne disparaissent pas en faisant une pression digitale.
- **Ictère**, couleur jaunâtre de peau et muqueuses.

ABDOMEN

- **Normal**, no on ne détecte pas d'altérations et on exclue d'autres options.
- **Viscéromégalies**, agrandissement et/ou dilatation des organes intérieurs.
- **Rebondissement**, onde liquide ou signe de l'iceberg sont des signes pathognomoniques d'accumulation excessive de liquide dans la cavité abdominale.
- **Détendu**, l'abdomen se voit augmenté dans sa taille et à la palpation on remarque une tension plus grande depuis la surface jusqu'au plan musculaire.
- **Signes péritonéaux**, douleur à la décompression de la paroi abdominale.
- **Silence abdominal**, absence de bruits abdominaux à l'auscultation.

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

L'examen gynécologique a le but de déterminer par examen bi- manuel
La taille et les caractéristiques cliniques de l'utérus et son contenu, l'état du col de l'utérus, l'existence de restes et l'exploration du canal vaginal.

UTÉRUS PAR EXAMEN BI - MANUEL

On notera:

- **Taille utérine (taille)**, en semaines de aménorrhée (sem.), selon la détermination de l'examen bi- manuel réalisé par personnel capacité.
- **Position**, on marquera si l'utérus se trouve en position d'antéversoflexion (AVF), (moyen) ou en rétroversoflexion (RVF) dans le cercle jaune.
- **Col fermé**, on doit registrer OUI (cercle jaune) ou NON correspondants.
- **Restes**, si on trouve des restes ovulaires marquer OUI (cercle jaune) ou NON, selon les trouvailles de l'examen gynécologique.

On inclut aussi l'option on ne sait pas S/P au cas où le technicien ne pourra pas déterminer cliniquement cet aspect.

- **Vagin normal**, marquer OUI ou NON.

ÉCHOGRAPHIE

En cas d'avortement, les trouvailles échographiques peuvent correspondre à l'utérus occupé par la poche des eaux ou par des restes ovulaires et/ou caillots. L'utérus ne sera vide que quand l'avortement complet se sera produit. Cet examen peut s'avérer très utile quand il y a des diagnostics différentiels, raison pour laquelle il faut consulter la Publication Scientifique du CLAP/ SMR N° 1562.
Si on a fait l'étude échographique on marquera OUI ou NON correspondant. En cas affirmatif on registrera la **Taille utérine** en millimètres. Si l'utérus mesure 70 mm., on devra registrer 070.

ANALGESIE

On registrera OUI ou NON dans **Demandée**, si la femme a demandé ou non des médicaments contre la douleur. On registrera OUI ou NON si elle a reçu le médicament dans la variable **Réalisée**.

CONDITION À LA SORTIE

S'il n'y a aucune affection compliquant l'état de santé à la sortie, marquer le cercle **NON**. S'il y a des complications au moment de l'admission, on marquera le cercle correspondant, ce qui ouvre la possibilité d'identifier différents types de complications. S'il y en a, on marquera la ou les options suivantes :

- **Infection génitale,** quand il y a des symptômes et signes compatibles avec une infection: fièvre, chauds et froids, sécrétions vaginales fétides, douleur abdominale ou pelvienne spontanée et/ou à la mobilisation de l'utérus, métrorragie prolongée et élévation de la numération leucocytaire.

- **Infection pelvienne,** les trouvailles les plus fréquentes sont douleur abdominale ou pelvienne, signes péritonéaux, qui se manifestent par douleur à la décompression abdominale- pelvienne, douleur à la mobilisation de l'utérus, fièvre égale ou supérieure à 38 °C et leucorrhée mucopurulente et/ou fétide, numération leucocytaire élevée.

- **Sepsis,** c'est un cas grave engageant l'état général, qui peut atteindre la conscience, accompagnée de fièvre et touche multi-parenquimateuse (ictère, anurie ou oligoanurie, hypotension, altérations respiratoires, troubles de la coagulation, etc.).

- **Hémorragie excessive:** métrorragie abondante et permanente qui dépasse les 500 ml.

- **Choc hypovolémique:** Il se produit par une hémorragie excessive et à évolution rapide, secondaire à une complication. La conscience et l'état général y sont engagés et il y a un retentissement hémodynamique sévère.

  Perforation, rupture ou lésion, consigner des lésions de vagin, utérus ou pelviennes survenues avant l'entrée. Registrer la topographie de la rupture et/ou perforation (vagin, utérus); on interprète par pelvienne la lésion d'un organe pelvien (rectum, vessie ou vaisseaux pelviens). « Autre » correspond aux lésions d'autres organes abdominaux.

DIAGNOSTIC PRÉSUMÉ

Etat actuel de l'avortement

Avortement: il est défini comme l'expulsion ou extraction du produit de la conception en dehors de l'utérus maternel, avec un poids inférieur à 500 grammes ou quand l'interruption de la grossesse se produit avant les 22 semaines.

- Avortement complet, consiste en l'expulsion ou extraction totale de l'oeuf en dehors de la cavité utérine en un temps complet et entier. Une fois produit les contractions utérines cessent, la douleur disparaît, la taille de l'utérus diminue ainsi que le saignement génital et il y a involution des modifications cervicales.
- Avortement incomplet, l'expulsion ou extraction de l'oeuf est partielle et le placenta et/ou les membranes ovulaires sont retenues. Les contractions utérines douloureuses et le saignement génital persistent. L'utérus est mou et le col demeure dilaté.

Dans les espaces correspondants aux autres options présentées on registrera :

- On ne sait pas, quand la situation clinique est inconnue pour le prestataire et/ ou on n'a pas réalisé d'examen gynécologique.
- Ne correspond pas, cette option sera utilisée en cas d'avortements thérapeutiques (par exemple : évacuation d'un œuf sans embryon, interruption pour risque de vie maternel, etc.)

Type d'avortement

On registrera dans Type d'avortement dans les cercles correspondants:

- **Avortement spontané (spont.):** il arrive sans l'intervention de circonstances interférant artificiellement dans l'évolution de la gestation.

- **Avortement frustre (oeuf mort et retenu):** c'est quand l'embryon ou foetus meurt avant les 22 semaines, mais le produit est retenu (les contractions utérines n'ont pas encore commencé et il n'y a pas de dilatation cervicale) Son diagnostic se fait par échographie, on l'appelle fréquemment œuf mort et retenu.
  Môle: cet avortement est dû à une dégénération hydropique vacuolaire du trophoblaste. Cliniquement on le soupçonne à cause de la présence de vésicules imitant des grappes de raisin.

- **Grossesse non viable (gros. no viable):** C'est quand on a déterminé que le fœtus ou embryon présentent une affection qui le rend incompatible avec la vie extra-utérine. Cela régit dans les pays où il n'y a pas un cadre législatif qui le contemple.

- **Avortement thérapeutique (thérap.):** quand on est parvenu à interrompre la grossesse dans des buts thérapeutiques avant l'entrée pour des maladies où la grossesse menace la vie maternelle. Cela régit dans les pays où il n'y a pas un cadre législatif qui le contemple.

- **Avortement thérapeutique manqué (thérap. manqué):** Cette variable est registrée en cas d'interruptions légales qui échouent avant l'entrée. Les procédés et/ou les médicaments utilisés ont été inadéquats ou sans effet pour cette finalité.

- **Non spécifié (non spécif):** On marquera cette option quand on ignore la raison de l'interruption de la grossesse.

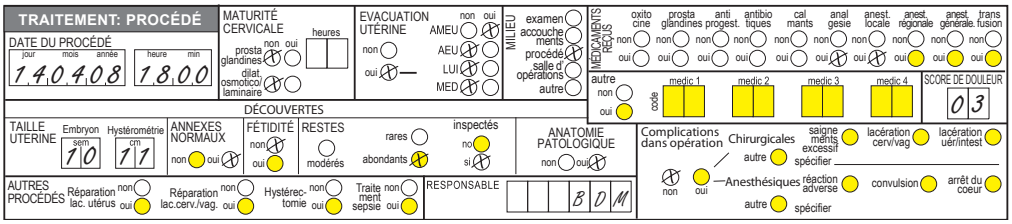
- **Autre:** quand ça ne correspond à aucune des options précédentes.

COD DIAG. CIM 10, dans cet espace on registrera le code du diagnostic réalisé au moment de l'admission de la femme au service de santé.
Pour faire le diagnostic de l'état actuel de l'avortement et son type, on respectera les critères de CIM – E10 (p. 102) et on pourra consulter la Publication Scientifique CLAP/SMR Nº 1562.

Si l'avortement est spontané et complet dans la version électronique de l'Histoire Clinique des Femmes en Situation d'Avortement, on inactivera automatiquement le module de **PROCÉDÉ.**

RESPONSABLE
On registrera le nom, initiales ou code du technicien responsable de l'entrée.

Section:
TRAITEMENT/ PROCÉDÉ



DATE DU PROCÉDÉ

On registrera le jour, le mois, l'année, heure et minutes du commencement du procédé. On utilisera un seul chiffre par case. Il est important de fournir une information précise, car on utilisera l'heure notée pour calculer la durée totale du procédé.

MATURATION CERVICALE

Il y a différentes conditions cliniques (oeuf mort et retenu, oeuf sans embryon, etc.) dans lesquelles le col de l'utérus est formé et fermé et cela exige la préparation et maturation du col utérin.

Le traitement pharmacologique le plus souvent utilisé consiste en l'administration de prostaglandines et en particulier du misoprostol (un analogue de la prostaglandine E 1).

- **prostaglandines,** on marquera OUI ou NON, si on a administré ou on n'a pas administré de prostaglandines (y compris misoprostol)
- **dilatateurs osmotiques/laminaires,** on registrera OUI ou NON si on a ou on n'a pas utilisé ces éléments pour provoquer dilatation cervicale.
- **heures,** on marquera la durée totale en heures du procédé de dilatation.

MÉDICAMENTS REÇUS

On devra registrer pour tous les cas de médicaments résumés dans la liste s'il a été utilisé ou non, en indiquant OUI ou NON dans chacun des cas.

L'histoire permet de spécifier tout autre médicament utilisé en indiquant OUI dans **Autre** et en utilisant les espaces codés pour **médic.1, médic. 2, médic. 3 y médic. 4.** Les codes des médicaments seront fournis selon la classification habituelle employée dans le service. Si on n'utilise aucun médicament additionnel on devra registrer NON dans **Autre**.

NIVEAU DE DOULEUR

On indiquera la perception de la patiente de la douleur subie, en utilisant l'Echelle Visuelle Analogue de Douleur (EVAD).

Si on ne dispose pas d' EVAD, on demande à la femme de classifier sa

douleur dans une échelle de 1 à 10. On utilisera des numéros complets, sans décimal et on le notera dans l'espace correspondant.

TROUVAILLES
Dans les espaces fournis on indiquera les trouvailles cliniques obtenues pendant le traitement/ procédé:

- **Taille utérine,** on marquera la taille de l'utérus en semaines d'aménorrhée, selon l'examen bi- manuel effectué avant le procédé.
- **Hystérometrie,** On notera la taille de l'utérus en centimètres, selon le mesurage avec l'hystéromètre ou avec une canule calibrée.

ANNEXES NORMAUX
Marquer OUI ou NON correspondant.

FÉTIDITÉ
On marquera OUI ou NON pour indiquer si le contenu utérin et/ou les sécrétions ont une odeur fétide.

RESTES
On registrera dans les cercles correspondants si les restes ovulaires trouvés ont été **(Rares)**, **(Modérés)** ou **(Abondants)**. On marquera aussi si les restes ont été ou non inspectés, en indiquant OUI ou NON correspondant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
On notera dans OUI ou NON si on a envoyé ou pas le contenu de l'utérus pour une étude anatomopathologique.

COMPLICATIONS INTRA- OPÉRATOIRES
On registrera NON au cas ù il n'y a pas eu de complications intra-opératoires, s'il y en a eu on marquera OUI. Cette option permettra de différencier le type de complications en:

- **Complications chirurgicales,** on marquera dans les cercles fournis pour les différentes options correspondantes :
  Saignement excessif, Lésion cervico- vaginale (lésion cerv./ vag.), lésion utérus – intestinale (lésion utér./intest.).
  L'option Autre permettra d'élargir l'information en spécifiant quelle a été la complication chirurgicale.
- **Complications anesthésiques,** marquer les cercles avec les différentes options correspondantes: **Réaction adverse, Convulsion, Arrêt du coeur.** L'option Autre permettra d'élargir l'information en spécifiant quelle a été la complication anesthésique

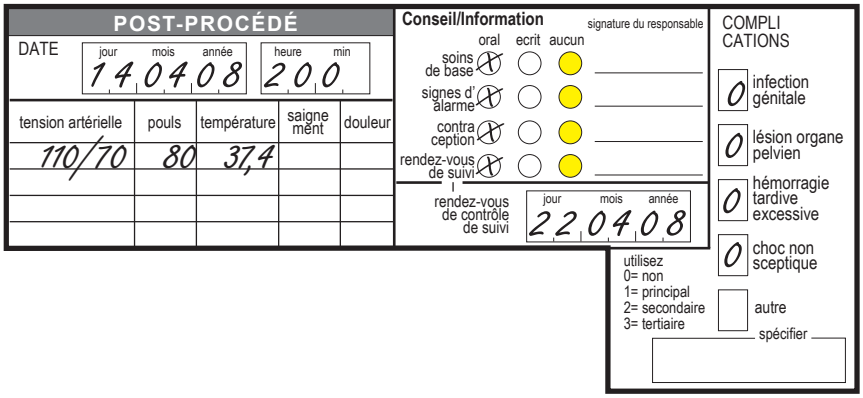
AUTRES PROCÉDÉS

Dans tous les cas on marquera dans le cercle correspondant Oui ou Non
Pour les variables suivantes:
Réparation de lésion utérine (réparation lés. utérine),
Réparation de lésion cervico- vaginale (réparation lés. cerv./vag.), (hystérectomie),
Traitement de sepsis (trait. sepsis). Cela implique l'utilisation d'autres procédés chirurgicaux spécifiques.

RESPONSABLE

On registrera le nom, initiales ou code du technicien responsable de l'entrée.

Section: POST-PROCÉDÉ



DATE DE LA FIN DU PROCÉDÉ, dans les espaces correspondants de jour, mois, année on indiquera la date à laquelle on a commencé les soins, post-procédé, en plus de registrer l'heure, minutes où le procédé a fini. Cela permettra de calculer la durée totale du procédé.

Dans la case de contrôles on registrera **la pression artérielle, pouls, température, saignement et douleur**. On indiquera les signes vitaux et la douleur, une fois toutes les heures pendant les quatre premières heures après le procédé. Au cinquième rang, on notera les contrôles pendant la dernière heure avant que la patiente sorte de l'établissement.

- **Tension artérielle (TA),** on notera la TA systolique et diastolique, en millimètres de mercure (mm. Hg).
- **Pouls,** en battements par minute (bpm)
- **Température (temp.)** on marquera la température axillaire en degrés centigrades (ºC).
- **Saignement (saign.),** on indiquera le niveau de saignement génital comme léger (L), modéré (M) ou sévère (S).
- **Douleur,** on indiquera la perception de la patiente de la douleur subie, en utilisant L'Echelle Visuelle Analogue de la Douleur (EVAD). Si on ne dispose pas de l'EVAD, on demande à la femme de classifier sa douleur dans une échelle de 1 à 10. On utilisera des numéros complets, sans décimal et on le notera dans l'espace correspondant.

CONSEILS/ INFORMATION

On marquera les cercles correspondants et on indiquera si la femme a reçu des conseils ou information sur **Soins de base, Signes d'alarme et/ou Contraception et si on a coordonné un Rendez-vous de suivi ou contrôle.** On indiquera si les conseils ou information ont été Oraux ou

Ecrits, ou bien on marquera : **Aucune,** si on n'a fourni aucune information ni orale ni écrite sur ces sujets. Dans la colonne désignée "signature du responsable" on notera le nom et/ou les initiales du professionnel responsable. Si on a coordonné un rendez-vous de suivi on registrera dans **Rendez-vous de Contrôle de Suivi** le jour, mois et année dans la case correspondante.

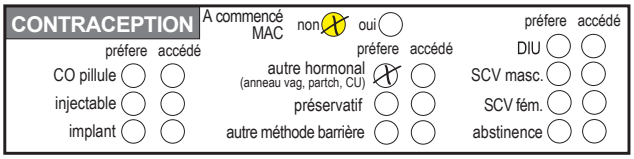
COMPLICATIONS

On indiquera la présence et gravité relative de toute complication finale dans les cases correspondantes aux options:

- Infection génitale et/ou pelvienne (infection génitale/pelv.)
- Lésion d'organes pelviens ou autres, (lésion organe pelvien, etc.)
- Hémorragie tardive et/ou excessive, (hémorragie tardive/excessive)
- Choc non septique, (choc non septique)
- Autre, spécifier toute autre complication qui ne figure pas dans les options précédentes.

On spécifiera la présence de trois complications au maximum, présentées pendant l'hospitalisation, par ordre d'importance, de 1 à 3 (primaire ou principale, secondaire o tertiaire). On notera zéro à côté des complications qui ne se sont pas présentées.

Section: CONTRACEPTION

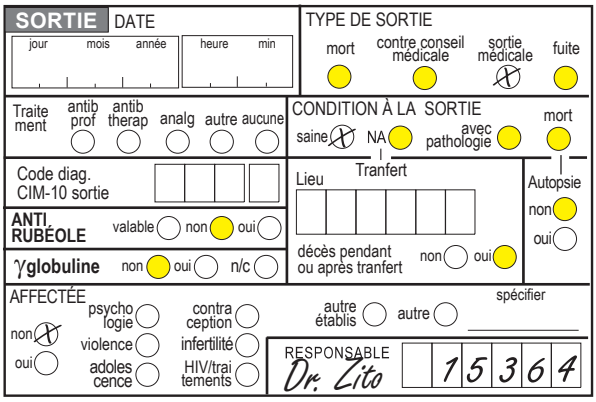


Avez-vous commencé une méthode contraceptive? On registrera OUI ou NON si la femme a commencé une méthode contraceptive avant de quitter le service (par exemple, elle a pris la première pilule, on lui a posé un DIU, elle a reçu une méthode injectable ou on lui a posé un patch) Si on a registré OUI, on indiquera dans les cercles correspondants laquelle des méthodes suivantes elle a **Préféré** ou à laquelle elle a **Accédé:**

- Contraceptifs oraux, (pilule)
- Injectable
- Implant
- Autre méthode contraceptive hormonale (Autre hormonale, anneau vaginal, patch, (CU) Contraceptifs d'urgence).
- Préservatifs (masculin ou féminin).
- Autres méthodes de barrière (spermicides, diaphragme, etc.)
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Stérilisation chirurgicale volontaire masculine, (SCV masc.)
- Stérilisation chirurgicale volontaire féminin, (SCV fém.)
- Abstinence (abstinence périodique avec monitoring de la température basale, méthode de Billings, etc.).

On comprend par **préféré** la méthode que la femme dit vouloir utiliser.
On comprend par **accédé** la méthode que la femme reçoit effectivement.
Bien que l'abstinence soit une méthode comportementale qui ne se donne pas, elle sera consignée comme **accédé**.

Section: SORTIE



On registrera Date (jour, mois et année) et l'heure et minutes de la sortie dans les espaces correspondants comme on l'a expliqué dans les situations précédentes.

TRAITEMENT

On indiquera si on a autorisé la sortie avec l'indication de faire un traitement médicamenteux au domicile. On marquera les options suivantes dans chaque cercle correspondant:

- **Antibiotiques prophylactiques**
- **Antibiotiques thérapeutiques**
- **Analgésiques**
- **Autre,** différente des options précédentes
- **Aucun,** si elle n'a reçu aucun médicament ou ordonnance au moment de la sortie.

TYPE DE SORTIE

On indiquera le type de sortie en marquant le cercle correspondant:

- **Décès,** si la femme est morte dans l'établissement où elle a été assisté, il faut marquer dans le cercle 'décès' et alors en TYPE DE SORTIE il faut inclure le moment, la date et l'heure du décès.
- **Contre le conseil médical,** quand la femme quitte l'établissement sans l'autorisation médicale, mais le personnel est au courant de sa décision.
- **Sortie médicale,** Le médecin ou un autre prestataire de services de la santé a signé le bulletin de sortie
- **Fuite,** la femme quitte l'établissement sans autorisation sans que le personnel médical en soit au courant.

CONDITION À LA SORTIE

On indiquera dans le cercle correspondant si au moment de la sortie l'état de la femme était:

- **Saine,** en pleine forme
- **Ne correspond pas (NC),** quand la femme a été transférée à un autre service pour continuer les soins. Dans ce cas on consignera le N° de l'institution où elle a été transférée et si elle meurt ou non pendant le déplacement.
- **Avec pathologie (a/pathologie),** de type général et/ou liée à la raison d'entrée et traitement ou procédé réalisé pendant son hospitalisation.
- **Mort,** la femme meurt dans une certaine étape de l'assistance.
- **Autopsie:** En cas de décès on marquera OUI ou NON si on a fait l'autopsie.

CODE DE DIAGNOSTIC FINAL CIM- 10 (SORTIE)

On indiquera le code CIM- 10 pour le diagnostic final dans l'espace fourni de trois cases ensemble et une séparée. Par exemple : le code d'avortement incomplet est
O03 et le code d'incomplet sans complications est 4. Ainsi, l'avortement incomplet sans complications sera registré : O03.4.

RÉFÉRÉE

Dans les cas de femme en situation d'avortement on pourra demander l'assistance de différents spécialistes qui peuvent ou non être dans le même hôpital ou centre de santé. La référence systématique au centre le plus proche de traitement et si elle l'a été, spécifier le type de service auquel elle a été référée. On marquera OUI ou NON pour indiquer si la femme a été référée à l'un des services suivants :

- Psychologie
- Violence
- Adolescence
- Contraception
- Infertilité
- HIV/ITS
- Autre établissement (autre établ.)
- Autre

Si on marque les deux dernières positions on spécifiera le nom et/ou code de l'établissement dans l'espace fourni.

ANTIRUBÉOLE POST- AVORTEMENT (ANTIRUBÉOLE)

Il s'agit de savoir s'il est nécessaire d'administrer le vaccin contre la rubéole dans la période après l'avortement chez des femmes qui n'ont pas été immunisées au préalable. Cette mesure préventive cherche à protéger la

femme et, en plus, à la bénéficier pour une prochaine grossesse.
On marquera **“ne correspond pas”** si son vaccin est en vigueur, donc il n’a pas été nécessaire de la vacciner. On marquera **OUI**, quand la femme a dû recevoir le vaccin et elle a été vaccinée à la sortie et on marquera **NON**, quand la femme, qui devait être vaccinée, sort de la clinique sans recevoir le vaccin.

GAMMAGLOBULINES POST- AVORTEMENT (γGLOBULINE)

Quand il s’agit d’une femme Rh négatif non immunisée (elle n’a pas d’anticorps anti D) avant la sortie pour avortement, elle devra recevoir gglobuline hyperimmunisée anti D (selon la norme nationale). On marquera (OUI) si étant Rh négatif non immunisée, elle a reçu gglobuline anti D. On marquera (NON)
Lorsque, étant Rh négatif non immunisée elle n’a pas reçu de gglobuline anti D. Dans le cas d’une femme Rh positif ou Rh négatif immunisée il faudra registrer (N/C) ne correspond pas.

RESPONSABLE

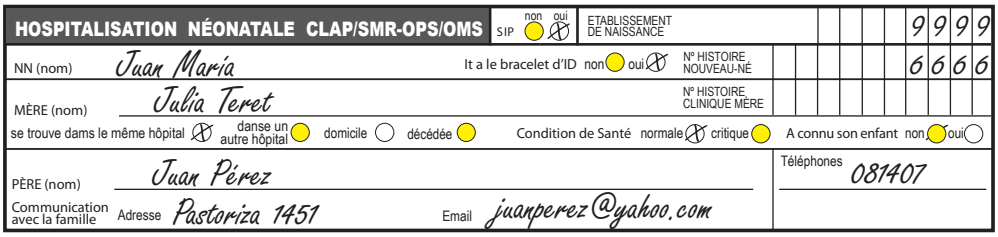
On registrera le nom, initiales ou code du technicien responsable de l’entrée.

Histoire Clinique D'hospitalisation Néonatale et Grille Quotidienne du Nouveau-né

Histoire Clinique d'Hospitalisation Néonatale

Ce formulaire est le complément du registre de l'Histoire Clinique Périnatale, en ajoutant information sur les soins néonatals dans les cas qui sont entrés dans une salle spéciale. Au recto, on registre l'information au moment de l'ENTRÉE et au verso l'information de ce qui s'est passé pendant l'hospitalisation qui est complétée à la SORTIE.

Section: IDENTIFICATION


HOSPITALISATION NÉONATALE CLAP/SMR-OPS/OMS
SIP non oui
ETABLISSEMENT DE NAISSANCE 9999
NN (nom) Juan María
It a le bracelet d'ID non oui
Nº HISTOIRE NOUVEAU-NÉ 6666
MÈRE (nom) Julia Teret
Nº HISTOIRE CLINIQUE MÈRE
se trouve dams le même hôpital danse un autre hôpital domicile décédée
Condition de Santé normale critique
A connu son enfant non oui
PÈRE (nom) Juan Pérez
Téléphones 081407
Communication avec la famille
Adresse Pastoriza 1451
Email juanperez@yahoo.com

SIP

Cela concerne la disponibilité de l'information écrite dans l'HCP quand le nouveau-né entre à l'Unité. Marquer OUI/NON correspondant.

INSTITUTION DE NAISSANCE

Noter le code du lieu où a eu lieu la naissance.

NN (nom)

Espace pour mettre le prénom et le nom, indiqués par la famille, du nouveau-né, même provisoires.

IL A UN BRACELET D'IDENTIFICATION

Le patient présente un élément réglementaire d'identification dans l'un de ses membres incluant le nom de sa mère ou une identification semblable à celle qu'on a posé à la mère dans la salle d'accouchement, Marquer OUI/NON correspondant.

N° HISTOIRE CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ

Correspond au numéro d'identification du nouveau-né dans l'institution où il est assisté.

MÈRE (nom)

Espace pour mettre le prénom et les noms de la mère du nouveau-né qui est hospitalisé.

N° HISTOIRE CLINIQUE DE LA MÈRE

Correspond au numéro d'identification de sa mère dans l'institution dans laquelle elle est assistée (son numéro peut coïncider avec celui de sa carte d'identité).

Elle se trouve à:

Registrer où se trouve la mère au moment de l'entrée du nouveau-né. Marquer MÊME HÔPITAL/ AUTRE HÔPITAL/DOMICILE/ DÉCÉDÉE.

CONDITION DE SANTÉ

Cela concerne la présence ou l'absence de pathologie maternelle grave au moment de l'hospitalisation du nouveau-né. Marquer NORMAL en cas de mère sans pathologie de risque vital ou CRITIQUE en cas de mère avec morbidité sévère avec risque vital.

A CONNU SON ENFANT

La mère a déjà connu son enfant, elle est en état de pleine conscience, pendant la période qui a passé depuis la naissance jusqu'au moment de l'hospitalisation. Marquer OUI/NON correspondant.

PÈRE (nom)

Espace pour mettre le prénom et les noms du père du nouveau-né qui est hospitalisé.

COMMUNICATION AVEC LA FAMILLE:

On inclut ici les renseignements nécessaires pour obtenir une communication urgente avec les membres de la famille du nouveau-né tant qu'il sera hospitalisé.

ADRESSE

Cela concerne le lieu physique où on peut trouver la famille. Ce lieu peut être autre que la résidence habituelle de la mère et/ou père du nouveau-né. Noter des références suffisantes pour les trouver facilement. Dans l'histoire du SIP maternel est registrée l'adresse habituelle de la mère et quand on registre la sortie, on note de nouveau l'adresse où habitera le nouveau-né.

EMAIL (Courrier électronique)

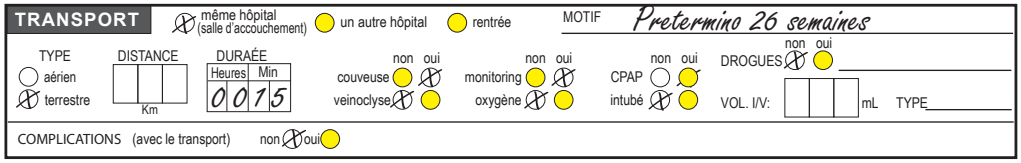
On notera au moins une adresse de courrier électronique de l'un des membres de la famille.

TÉLÉPHONES

Noter le numéro de téléphone correspondant au domicile compris en ADRESSE.

S'il n'y a pas le téléphone, noter un numéro alternatif pour permettre la communication de l'établissement avec la famille.

Section: TRANSPORT



Selon la provenance du nouveau-né, marquer si le déplacement s'est fait à l'intérieur du MÊME HÔPITAL, depuis UN AUTRE HÔPITAL, ou bien il s'agit d'une RENTRÉE.

MOTIF

Ecrire le motif principal qui a justifié le déplacement du nouveau-né pour son hospitalisation.

TYPE

Cela concerne la voie de transport à travers laquelle le nouveau-né accède à l'hospitalisation. Marquer AÉRIEN / TERRESTRE.

DISTANCE

Registrer la distance approximative en kilomètres (Km) qu'il a dû parcourir depuis l'endroit où on a décidé son déplacement jusqu'à l'arrivée à l'hôpital.

DURÉE

Indiquer la durée du déplacement (heure/minute) depuis le commencement jusqu'à l'arrivée à l'endroit d'hospitalisation.

Ci-dessus sont inclus les procédés qui peuvent être utilisés pendant le déplacement du nouveau-né. Cette liste comprend :

- Couveuse.
- Veinoclyse.
- Monitoring.
- Oxygène.
- Pression positive continue en voie aérienne (CPAP).
- Intubation endo-trachéale (intubation).

Marquer OUI/NON correspondant à chaque point. La couleur jaune des cases a été décidée arbitrairement pour remarquer les conditions de gravité ou de risque à effets adverses.

DROGUES

Indiquer si le patient a reçu un médicament pendant le déplacement. Marquer OUI/NON correspondant. Noter nom générique.

VOL I/V

Registrer le volume en millilitres (mL) reçus pendant le déplacement.

TYPE

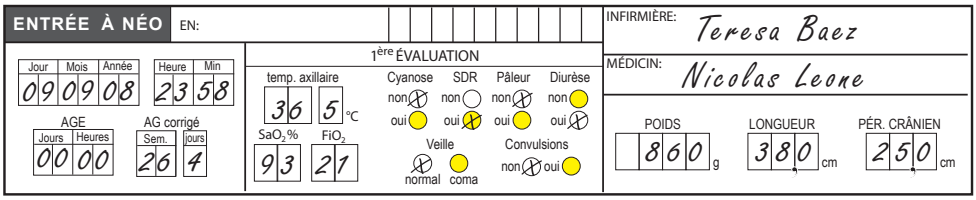
Cela concerne le type de fluide utilisé pour apport de volume pendant le déplacement, avant l'hospitalisation. Noter en abrégé son utilisation la plus fréquente.

COMPLICATIONS (pendant le transport)

Indiquer la présence ou absence de complications arrivées pendant le déplacement du nouveau-né pour son hospitalisation.

Marquer OUI/NON correspondant. Noter dans l'espace pour texte libre.

Sección: INGRESO A NEO



EN

Noter la dénomination du lieu d'hospitalisation du nouveau-né.

(CTI, CI, etc)

DATE ET HEURE

Noter jour, mois et année où s'est produite l'hospitalisation. Puis indiquer le moment d'entrée (heure/min.).

ÂGE

Registrer l'âge du nouveau-né (jours/heures) au moment de l'entrée.

AG CORRIGÉ

Noter l'âge de gestation corrigé en semaines complètes et jours au moment de l'entrée, en additionnant le temps écoulé depuis la naissance à l'âge de gestation à la naissance, comme il est registré dans le SIP maternel.

1ª ÉVALUATION

Cela concerne l'évaluation clinique initiale réalisée par infirmières ou médecin au moment de l'hospitalisation. On y inclut:

- **Temp. Axillaire.** Indiquer la température axillaire en degrés Celsius (°C).
- **SaO_2 %**

  Le pourcentage (%) d'hémoglobine en sang qui est saturé d'oxygène d'après mesurage par oxymétrie de pouls, compléter les cases disponibles.
- **FiO_2**

  Noter la fraction inspirée d'oxygène, en pourcentage (%), mesurée avec oxymètre ou lue dans le mélangeur de gaz.
- Parmi les caractéristiques cliniques suivantes marquer OUI/NON correspondant:
  - CYANOSE
  - SDR (syndrome de difficulté respiratoire)
  - PÂLEUR
  - DIURÈSE
  - CONVULSIONS
- **VIGILANCE**

  Par rapport à l'état de conscience marquer NORMAL ou COMA correspondant.

INFIRMIÈRE

Noter le nom de l'infirmière qui fait le premier contrôle d'évaluation du nouveau-né

MÉDECIN

Noter le nom du médecin qui reçoit le patient et réalise l'entrée.

POIDS

Registrer le poids, en grammes, au moment de l'hospitalisation.

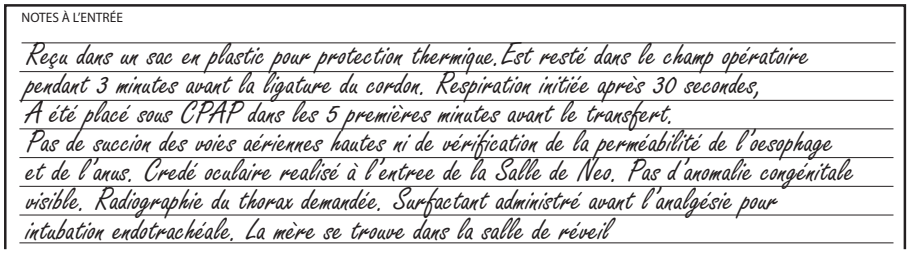
LONGUEUR

Registrer la longueur, en centimètres, du nouveau-né.

PÉR. CRÂNIEN (PÉRIMÈTRE CRÂNIEN)

Registrer la mesure du périmètre céphalique fronto- occipital maximum, en centimètres.

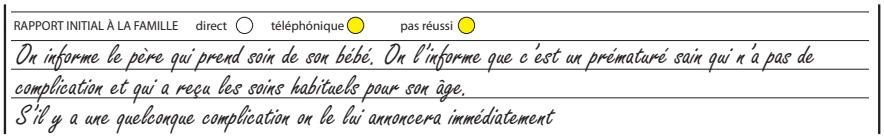
NOTES À L'ENTRÉE


NOTES À L'ENTRÉE

Reçu dans un sac en plastic pour protection thermique. Est resté dans le champ opératoire pendant 3 minutes avant la ligature du cordon. Respiration initiée après 30 secondes, A été placé sous CPAP dans les 5 premières minutes avant le transfert. Pas de succion des voies aériennes hautes ni de vérification de la perméabilité de l'oesophage et de l'anus. Credé oculaire realisé à l'entree de la Salle de Neo. Pas d'anomalie congénitale visible. Radiographie du thorax demandée. Surfactant administré avant l'analgésie pour intubation endotrachéale. La mère se trouve dans la salle de réveil

Espace disponible pour ajouter ces données que le médecin estime relevantes de l'histoire clinique et qui ne sont pas comprises dans les données registrées au préalable. Eviter la répétition d'information.

RAPPORT INITIAL À LA FAMILLE:


RAPPORT INITIAL À LA FAMILLE direct ○ téléphónique ● pas réussi ●

On informe le père qui prend soin de son bébé. On l'informe que c'est un prématuré sain qui n'a pas de complication et qui a reçu les soins habituels pour son âge.

S'il y a une quelconque complication on le lui annoncera immédiatement

Noter l'information importante qu'on a obtenue et qu'on a communiquée à la famille du nouveau-né. Les possibilités sont:

- DIRECTE information en présence des membres de la famille.
- TÉLÉPHONIQUE si on donne l'information à la famille au moyen de services téléphoniques.
- PAS RÉUSSIE, si on n'a pas pu établir la communication.

Marquer celle qui correspond.

Responsable de l'entrée

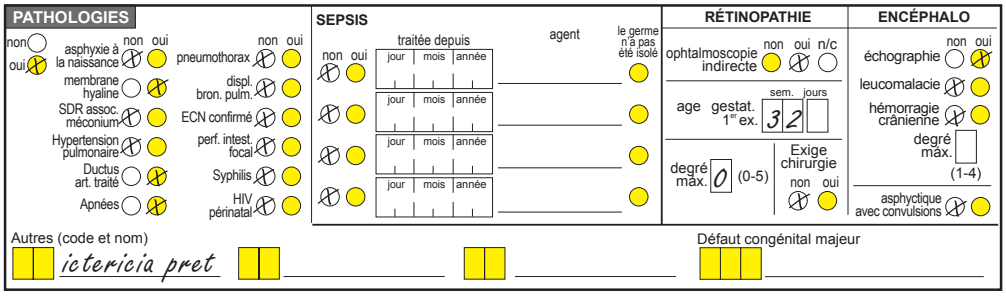
Indiquer nom, initiales ou code du technicien responsable de l'entrée du nouveau-né au secteur.

SIGNATURE

Le responsable de l'entrée doit signer sur la ligne destinée à cet effet.

Section PATHOLOGIES

Dans cette section on registrera toutes les pathologies survenues pendant l'hospitalisation du nouveau-né. On recommande de la remplir à mesure que l'on fait les diagnostics. Si on ne registre aucune maladie, marquer NON dans la première case. Marquer OUI s'il y a une ou plusieurs pathologies et indiquer laquelle parmi les maladies qui sont comprises comme options dans le premier secteur de la section (OUI/NON).



- **ASPHYXIE À LA NAISSANCE**
- **MEMBRANE HYALINE**
- **SDR. ASSOC. MÉCONIUM** (Syndrome de difficulté respiratoire associé à aspiration de méconium)
- **HYPERT. PULMONAIRE** (Hypertension pulmonaire)
- **DUCTUS ART. TRAITÉ** (Ductus artériel traité pharmacologique ou chirurgical)
- **APNEE**
- **PNEUMOTHORAX**
- **DYSPL. BRON. PULM** (Dysplasie Broncho-pulmonaire)
- **ECN CONFIRMÉE** (Entérocolite Nécrotisante confirmée)
- **PERF. INTEST. FOCAL.** (Perforation intestinale focalisée)
- **SYPHILIS**
- **HIV PÉRINATAL**

SEPSIS

Chacune des 4 lignes recueille information sur un événement de sepsis. Registrer si cet événement a existé (Marquer OUI/NON), noter la date à laquelle on a commencé le traitement. S'il y a une hémoculture positive, indiquer le germe. S'il y a eu seulement un soupçon clinique et on a administré des antibiotiques pendant 5 jours ou plus, marquer GERME PAS ISOLÉ.

RÉTINOPATHIE

On incorporera information concernant le tamisage de la rétinopathie de la prématurité, en indiquant:

Ophtalmoscopie Indirecte

Marquer OUI/NON si on a réalisé l'étude avec technique indirecte. Indiquer N/C au cas où ça ne correspond pas pour être un patient sans risque de rétinopathie.

L'ophtalmoscopie indirecte consiste en l'analyse de la rétine avec un ophtalmoscope indirect avec loupe de 28 ou 30 D, après dilatation pupillaire et instillation d'anesthésique topique.

Âge de gestation 1er Ex.

Indiquer l'âge de gestation calculé (semaines et jours) quand on a fait le premier examen ophtalmoscopique.

Degré Max. (maximal)

Cela concerne le degré maximal de rétinopathie observée.

0. Sans évidence de lésion
1. Ligne de démarcage blanche entre rétine vasculaire et avasculaire.
2. Ligne ou bord de démarcage élevé.
3. Bord avec prolifération fibrovasculaire extra- rétinien.
4. Décollement de rétine subtotal.
5. Décollement de rétine total.

Exige Chirurgie

Marquer OUI/NON selon l'indication de l'ophtalmologue.

ENCÉPHALE

Dans cet espace on registre des variables additionnelles d'évaluation du système nerveux central

Asphyxique avec Convulsions

On notera OUI quand il y a asphyxie foetale et convulsions néonatales. On notera NON quand elles n'ont pas existé.

Echocrân (Echographie Encéphalocrânienne)

Si on a fait une échographie transfontanellaire on marquera OUI et si l'étude n'a pas été faite marquer NON.

Leucomalacie

On notera OUI quand se manifeste la leucomalacie cérébrale par n'importe quelle technique d'images. Si ce diagnostic n'existe pas marquer NON.

Hémorragie Crânienne

Indiquer OUI/NON si ça correspond à l'existence ou non d'hémorragie intracrânienne. Si la réponse est OUI, indiquer le degré maximal d'hémorragie -**DEGRÉ MAX**. **(1-4)**- observé:

1. Hémorragie sous- épendimaire de la matrice germinale uniquement.
2. Sang intra- ventriculaire, sans dilatation ventriculaire.
3. Sang intra- ventriculaire, avec dilatation ventriculaire.
4. Hémorragie intra- parenchymateuse.

AUTRES (Code et Nom)

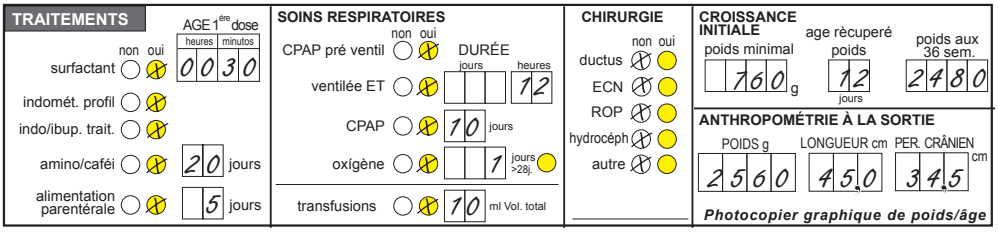
Ici il y a trois groupes de cases doubles permettant de registrer jusqu'à 3 autres pathologies du nouveau-né selon les codes du verso de l'HCP. Si on ne trouve pas un diagnostic dans la liste des pathologies, il faut chercher le code respectif au verso de l'histoire clinique périnatale d'après la classification internationale de Maladies Révision 10 (CIM 10) OPS/OMS 1992. A côté de chaque code on écrira le nom de la pathologie.

DÉFAUT CONGÉNITAL MAJEUR

On registrera l'existence de défauts congénitaux et leur code, d'après celui assigné au verso de l'histoire clinique périnatale, et on écrira le nom du défaut.

Section TRAITEMENTS

Dans cette section on registre certains traitements qu'a reçus le nouveau-né pendant l'hospitalisation. On indiquera OUI/NON correspondant de la liste suivante, en complétant les données demandées par rapport à:



S**URFACTANT, ÂGE, 1ère DOSE** en indiquant en heures et minutes de vie quand il a reçu la première dose.

INDOMÉT. PROFIL. (Indométacine administrée pour prophylaxie d'hémorragie intracrânienne et fermeture du ductus artérieux)

I**NDO/IBUP. TRAT.** (Indométacine ou Ibuprophène administrés pour la fermeture pharmacologique du Ductus Artérieux Persistent)

AMINO/ CAFÉ (Aminophylline ou Caféine pour la prévention/traitement de l'Apnée de la Prématurité). Indiquer dans la case située à côté pendant combien de jours il a reçu des xanthines.

NUTRITION PARENTÉRALE, indiquer dans la case située à côté le nombre de jours totaux où il a reçu la nutrition par voie parentérale.

SOINS RESPIRATOIRES

CPAP pré ventil. Pression positive distendue continue après intubation endotrachéale.

Ventilation ET (ventilation avec tube endotrachéal), durée **EN JOURS et HEURES** doit être indiqué dans la case disponible.

CPAP. Indiquer dans la case le total des jours complétés avec cette méthode.

OXYGÈNE. Indiquer le nombre de jours où on a administré une fraction inspirée d'oxygène supplémentaire, en cas de dépasser les 28 jours, marquer le cercle jaune.

TRANSFUSIONS

Indiquer en millilitres (ml.) le volume total qu'il a reçu de sang et/ou dérivés du sang.

CHIRURGIE

Marquer OUI/NON selon conduite chirurgicale dans les suivantes pathologies chirurgicales

- DUCTUS (Ductus Artérieux Persistent)
- ECN (Entérocolite Nécrotisante)
- ROP (Rétinopathie de la Prématurité)
- HIDROCEPH (Hydrocéphalie)
- AUTRE en cas de réponse positive. Noter laquelle.

CROISSANCE

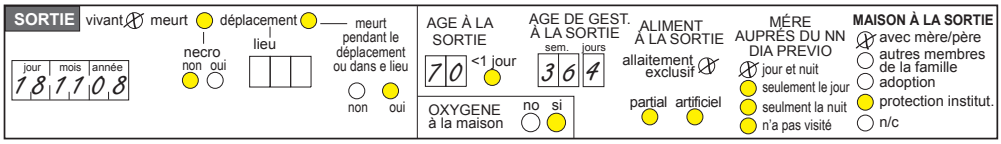
On registre le POIDS MINIMAL atteint pendant l'hospitalisation, ÂGE en jours où il a récupéré le poids à la naissance (ÂGE RÉCUPÈRE POIDS) et le poids aux 36 semaines d'âge de gestation corrigé au cas où il serait né avec un âge de gestation de moins de 36 semaines (POIDS AUX 36 SEMAINES)

ANTHROPOMÉTRIE À LA SORTIE

On complétera les cases de POIDS en grammes (g) avec décimal, LONGUEUR en centimètres (cm.) avec décimal et PÉRIMÈTRE CRÂNIEN en centimètres (cm.) avec décimal.

On photocopiera le graphique de poids/ âge et à la sortie il sera joint à ce formulaire.

Section SORTIE



Il faut la compléter dans tous les cas.

DATE. On consignera la date en indiquant jour, mois et année où il sort de l'hôpital et ensuite on indiquera la condition à la sortie. Si le NN est mort pendant l'hospitalisation à l'Unité des Soins Néonatals on marquera la case DÉCÉDÉ ET on marquera NON/OUI si on a fait la nécropsie. On consignera la date de décès dans la case correspondante en indiquant jour, mois et année.

VIVANT. On marquera s'il sort vivant et

DÉPLACEMENT. On marquera si l'enfant a été assisté en hospitalisation néonatale mais après il a été déplacé à un autre établissement.

LIEU. ON notera le code identifiant le lieu avec le nom de ce lieu sur la ligne disposée à cet effet.

Si l'enfant **MEURT PENDANT LE DÉPLACEMENT OU DANS L'ENDROIT OÙ IL A ÉTÉ DÉRIVÉ**, on marquera le cercle **OUI**. Autrement marquer **NON**

ÂGE À LA SORTIE OU AU DÉCÈS

On registre en jours l'âge de l'enfant au moment de la sortie ou du décès. On marquera le cercle annexe si le décès s'est produit pendant les 24 premières heures de vie.

ÂGE GEST. À LA SORTIE

On registre l'âge de gestation corrigé en tenant compte de l'âge de gestation à la naissance et en ajoutant les semaines écoulées jusqu'au moment de la sortie, on consignera aussi les jours excédant le nombre exact de semaines.

OXYGÈNE EN DOMICILE

On registre si le nouveau-né est dépendant d'oxygène supplémentaire au moment de la sortie.

ALIMENTATION À LA SORTIE

Indiquer le type d'alimentation que l'enfant a reçue pendant les 24 dernières heures.

- Allaitement maternel exclusif s'il ne reçoit que du lait maternel et aucun autre liquide ou lait artificiel.
- Allaitement non exclusif (partiel): il reçoit du lait maternel et en plus du liquide ou du lait artificiel.
- Alimentation artificielle, s'il n'a pas été nourri avec du lait humain.

MÈRE AVEC NN , JOUR PRÉALABLE

Marquer ce qui correspond selon les soins que la mère a donné au nouveau-né pendant les 24 heures préalables à la sortie; dans l'Unité ou Salle de Néo ou
dans toute autre Salle de l'hôpital. Ex.: Résidence des Mères.:

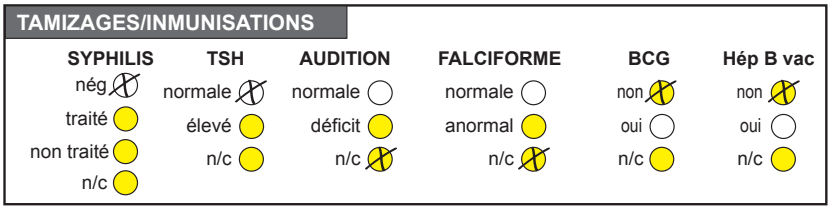
- Jour et nuit (elle l'a soigné pendant les 24 heures préalables à la sortie)
- Seulement le jour: (elle l'a soigné seulement le jour).
- Elle a seulement visité. Ce sont les infirmières qui ont soigné le nouveau-né.
- Elle n'a pas visité (elle n'a pas eu de contact avec l'enfant les 24 dernières heures, avant la sortie)

MAISON À LA SORTIE

Marquer l'option correspondante par rapport au domicile où l'enfant vivra après la sortie :

- Avec mère /père (au cas où il cohabitera avec au moins l'un de ses parents)
- Autres membres de la famille (au cas où il cohabitera avec des membres de la famille qui ne sont pas ses parents)
- Adoption (au cas où il vivra dans un foyer en qualité d'enfant adoptif)
- Protection institut. (Au cas où l'enfant sera dérivé à une institution qui s'occupera de lui)
- n/c (décédé)

Section TAMISAGE/IMMUNISATIONS



Le tamisage néonatal de pathologies ainsi que les immunisations ont pour but principal la prévention de la lésion sévère avec le commencement d'un traitement opportun où l'acquisition d'immunité active. On marquera pour chaque point la possibilité la plus adéquate à la situation de l'enfant à la sortie:

SYPHILIS. Marquer s'il a présenté un test de VDRL o RPR:

- négatif (nég.)
- positif et a complété traitement avec Pénicilline (+ traitement)
- positif et n'a pas complété traitement de 10 jours avec Pénicilline (+ non traité)
- s'il n'y a pas de registre de ce qui est arrivé par rapport à ce tamisage, on marquera sans donnée (s/d)

TSH. Marquer ce qui correspond après le résultat de la détermination du niveau d'hormone stimulante de la thyroïde pour détecter hypothyroïdisme congénital:

- normal
- élevé si le niveau en plasma est au-dessus de la limite maximale du rang de normalité. Il faut répéter la détermination et commencer traitement immédiatement.
- si le résultat est inconnu à la sortie (sans donnée s/d)

AUDITION. Marquer ce qui correspond au résultat de tamisage auditif (potentiels auditifs de tronc encéphalique ou émissions otoacoustiques):

- normal
- déficit
- sans donnée au cas où on n'aura pas évalué cet aspect. (s/d)

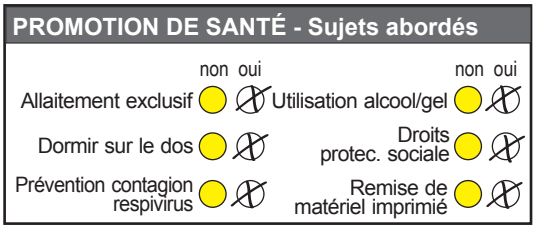
FALCIFORME. Tamisage sélectif d'anémie falciforme en population descendante d'Africains. Indiquer si le résultat a été :

- - normal
- - anormal
- - s/d Ne s'est pas réalisé

BCG. Marquer si le nouveau-né a reçu ou pas le vaccin BCG (OUI/NON) avant la sortie. Au cas où il n'y aura pas de registre marquer s/d.

HÉP. B VAC. Marquer si l'enfant a reçu l'immunisation contre l'hépatite B (SI/NO) correspondant ou s'il n'y a pas de registre dans l'histoire marquer s/d.

Section PROMOTION DE SANTÉ
Sujets abordés



On registrera dans ce secteur les interventions éducatives orientées à la promotion de conduites salutaires.
On marquera NON/OUI si le sujet a été abordé ou renforcé au moment de la sortie:

Dormir sur le dos pour prévenir le syndrome de mort subite du nourrisson.

Allaitement maternel exclusif

Prévention de contagion de respivirus, manipulation des objets en contact avec d'autres personnes pouvant porter respivirus. Critères d'isolement en époque d'épidémies.

Utilisation d'alcool/gel pour l'hygiène des mains de toutes les personnes ayant contact avec l'enfant.

Droits/protection sociale si on a fourni information par rapport aux droits de la mère et à la couverture et à l'accès à des bénéfices de protection sociale.

Remise de matériel imprimé au cas où on disposera d'information imprimée utile sur puériculture, croissance et/ou développement de l'enfant.

REMARQUES
Postérieurement on dispose d'un espace pour ajouter ces données que le médecin considère relevantes de l'histoire clinique et qui ne sont pas comprises dans les données registrées au préalable.

REMARQUES

Examen clinique normal. Nourri à sa demande par la mère. Il est resté les deux dernières semaines, car dans la maison il y avait des adultes avec maladie virale respiratoire.
Bulletin de sortie ophtalmologique

Section INDICATIONS À LA SORTIE

INDICATIONS À LA SORTIE	RESPONSABLE	TÉLÉPHONE	EMAIL
	Nicolas Leone	7081407	neo@yahoo.com
Nourri à sa demande. On lui remet 1 litre de alcool gel et on indique son utilisation avant de manipuler le nouveau-né. Isolement strict des personnes avec infection respiratoire. Recevoir le minimum de visites et ne pas sortir à des endroits publics.			

RESPONSABLE
Indiquer lisiblement le nom du technicien responsable d'autoriser la sortie.

TÉLÉPHONE
Inclure un numéro de téléphone de référence au cas où les membres de la famille du patient auront besoin de faire des consultations responsables de la sortie, sur
La manipulation de l'enfant au domicile.

EMAIL (Courrier électronique)
Noter l'adresse de courrier électronique (email) de la personne responsable
de la sortie pour que les membres de la famille de l'enfant ou la personne qui s'occupera de lui puissent communiquer.

Dans l'espace, on notera les indications à respecter après la sortie du patient

Section SUIVI COORDONNÉ

Dans la première partie de cette section on détaillera les premiers rendez-vous programmés pour que le patient fasse ses contrôles de suivi :

PÉDIATRIQUE, indiquer le lieu où se fera le premier contrôle après la sortie, puis le numéro de téléphone de ce lieu et ajouter DATE, mois et année coordonnés pour visiter le Pédiatre.

OPHTALMOLOGIQUE, marquer NON/OUI correspondant. En cas affirmatif indiquer le lieu où se fera le contrôle pour la part de l'Ophtalmologue, numéro de téléphone, date, mois et année concertés pour la visite.

AUDIOLOGIQUE, marquer NON/OUI correspondant. En cas affirmatif indiquer le lieu où se fera le contrôle pour la part de l'Otorhinolaryngologue ou le Phonoaudiologue, numéro de téléphone et date, mois et année concertés pour la visite.

APPUI PSYCHOSOCIAL, marquer NON/OUI correspondant. En cas affirmatif indiquer lieu et numéro de téléphone de contact.

Dans la deuxième partie de la section, on demande: POUR COMBIEN DE SEMAINES LA MÈRE NE FERA PAS LES TÂCHES MÉNAGÈRES? Registrer le nombre de semaines complètes dont la mère disposera pour rester chez elle avec son enfant et sa famille, sans avoir à faire des travaux en dehors de la maison. Si le temps indiqué est inférieur à 4 semaines, marquer la case ronde située au-dessous

GRILLE QUOTIDIENNE NÉONATALE "Mes registres quotidiens"

GÉNÉRALITÉS

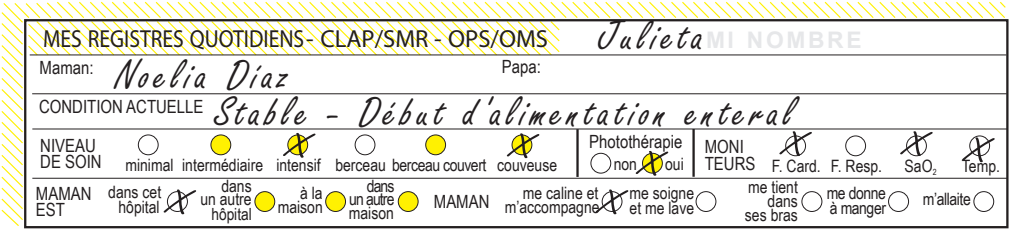
Ce nouveau modèle de grille des soins quotidiens du nouveau-né, registre les soins pendant qu'il est hospitalisé et hiérarchise un modèle de soins avec les parents. Pour cette raison, on registre l'information à partir de la personne du nouveau-né, en nommant certains de ses secteurs de façon colloquiale, "Maman", "Papa", "Ma maman est dans…", "Maman me câline", etc.

Ce formulaire:

- Commence au moment de la première entrée du nouveau-né à n'importe quel secteur de soins hospitaliers spécialisés et finit à la sortie de l'hôpital.
- N'est pas utilisé de façon routinière pour les enfants nés à terme, sains, qui restent à côté de leurs mères à l'hôpital.
- Registre une feuille pour chaque jour d'hospitalisation, qui se maintient dans le domaine individuel des soins du nouveau-né et puis s'ajoute au dossier clinique.

On propose que le Dossier de l'Histoire Clinique du Nouveau-né commence avec le Formulaire d'Histoire Clinique Périnatale, complété par le Formulaire d'Hospitalisation Néonatale, et puis les Grilles Quotidiennes Néonatales.
En plus, dans le dossier doit figurer par écrit le raisonnement clinique et les raisons pour prendre les décisions diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que les données cliniques et paracliniques relevantes additionnelles à celles registrées dans les formulaires du SIP.

Section IDENTIFICATION ET CONDITION ACTUELLE


MES REGISTRES QUOTIDIENS- CLAP/SMR - OPS/OMS Julieta MI NOMBRE
Maman: Noelia Diaz Papa:
CONDITION ACTUELLE Stable - Début d'alimentation enteral
NIVEAU DE SOIN ○ minimal ● intermédiaire ☒ intensif ○ berceau ● berceau couvert ☒ couveuse
Photothérapie ○ non ☒ oui
MONITEURS ☒ F. Card. ○ F. Resp. ☒ SaO_2 ☒ Temp.
MAMAN EST ☒ dans cet hôpital ● dans un autre hôpital ● à la maison ● dans un autre maison ● MAMAN ☒ me caline et m'accompagne ○ me soigne et me lave ○ me tient dans ses bras ○ me donne à manger ○ m'allaite

MON NOM. Celui que la famille utilise pour nommer le nouveau-né au moment de l'entrée.

MAMAN. Les nom et prénom de la mère

PAPA. Les nom et prénom du père.

CONDITION ACTUELLE. Tous les jours dans le service où commence le formulaire on résume en gros titres la condition du nouveau-né et de sa mère si cela correspond : Par ex. : P pré- terme, SDR, Extubé. Sans complications. Autre, ex : en croissance, dénutrition légère. Mère continue aux Soins Intensifs.

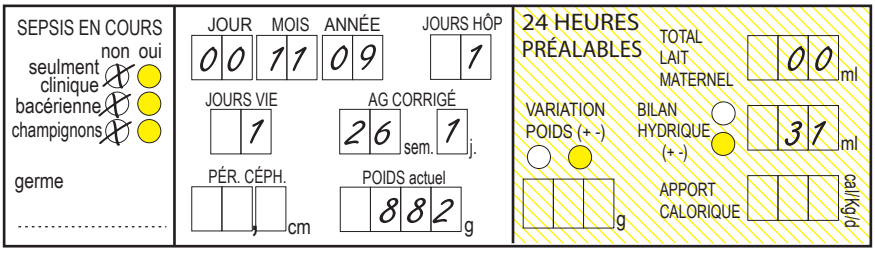
NIVEAU DES SOINS. Marquer une croix dans la case correspondante au niveau des soins demandé : **MINIMAL, INTERMÉDIAIRE ou INTENSIF**, et s'il est au **BERCEAU, BERCEAU INCUBATEUR ou COUVEUSE.**

MAMAN EST DANS... Registrer si la mère est dans le même hôpital, un autre hôpital, dans sa maison ou dans une autre maison. Selon l'information recueillie chaque jour.

MAMAN ME… Dans ce secteur on registre tous les jours les activités que fait la mère quand elle est avec le nouveau-né hospitalisé. On peut le résumer en quatre activités qui d'habitude sont progressives pendant l'hospitalisation : "Câline et accompagne " décrit la présence de la mère auprès du nouveau-né et qui le touche ; "Soigne et lave" participe aux soins du nouveau-né ; "Tient dans ses bras"
(Pas besoin d'expliquer); "Donne à manger" participe à l'alimentation, soit par sonde ou d'autres moyens; "Allaite" quand elle nourrit directement du sein.

PHOTOTHÉRAPIE. Noter **OUI** s'il reçoit photothérapie à un certain moment de ce jour. Noter **NON** s'il n'en reçoit pas.

MONITEURS. Noter les fonctions avec monitoring électronique: **F. RESP.**, pour fréquence respiratoire, **F. CARD** pour fréquence cardiaque, **SaO_2** pour oxymétrie de pouls, **TEMP.** pour température cutanée.



SEPSIS EN COURS. Registrer tous les jours **NON/OUI** correspondant, si le nouveau-né est traité pour sepsis avec critère **Seulement** clinique, ou quand on en a identifié la cause **Bactérienne ou pour Champignons** si on a pu identifier le germe. Noter le germe identifié.

JOUR, MOIS et ANNÉE. Noter la date correspondante.

JOURS HOSP. Noter combien de jours complets se sont écoulés depuis l'ENTRÉE. Le premier jour d'hospitalisation est considéré jour 0

JOURS DE VIE. On calcule depuis la naissance jusqu'à la date actuelle. Le jour de la naissance est considéré jour 0.

ÂGE DE GESTATION CORRIGÉ. (en semaines complètes et jours) calculer l'âge post-menstruel c'est-à-dire l'âge de gestation à la naissance plus les jours de vie.

PÉR. CÉPHAL. On notera le périmètre fronto- occipital maximal en centimètres avec un chiffre décimal.

POIDS ACTUEL. On note le poids en grammes, nu, correspondant à ce jour.

24 HEURES PRÉALABLES. Correspond à un résumé de certaines valeurs recueillies pendant la veille:

COLLECTE DU LAIT MATERNEL. C'est la quantité de lait que la mère s'est extraite et a remis à l'Unité pendant les 24 heures préalables. Elle est calculée en additionnant chacune des quantités figurant dans le rang de données correspondant à : VIENNENT ET M'APPORTENT DU LAIT.

VARIATION DE POIDS. On note dans les cases la différence en grammes entre le poids de la veille et l'actuel. Si la variation est normale, on registre le signe correspondant (+ ou -) dans le cercle blanc (variation prévue). Si la variation est anormale on registre le signe correspondant (+ ou -) dans le cercle jaune (variation non prévue ou d'alerte).

BILAN HYDRIQUE. C'est l'addition de tous les volumes ingérés ou reçus par voie parentérale sauf les sorties pour diurèse, dépositions et vomissements ou extractions ou drainages digestifs. On ajoutera les pertes insensibles estimées. On note si la valeur est positive ou négative (+ o -).

APPORT CALORIQUE. C'est l'addition de toutes les Kcal. Qu'il a reçu pendant les 24 heures préalables de façon entérale ou parentérale exprimées par kilo de poids par jour.

Section SOINS PROGRAMMÉS

HEURE DES SOINS PROGRAMMÉS	7:45	9:00	12:00	13:30	16:00	19:40
QUI M'A SOIGNÉ?	Fernández		Fernández	A. Díaz	A. Díaz	B. García
VIENNENT ET M'APPORTENT DU LÑAIT MAMAN	oui ☑ non ☐	oui ☑ non ☐	oui ☑ non ☐	oui ☑ non ☐	oui ☑ non ☐	oui ☑ non ☐
PAPA	non ☑ oui ☐	non ☑ oui ☐	non ☑ oui ☐	non ☑ oui ☐	non ☑ oui ☐	non ☑ oui ☐
	ml	ml	ml	ml	ml	ml
PROTECTION THERMIQUE / HUMIDITÉ / POSITION	/DD	/DD			/DL	

L'espace de ce module se divise en 12 colonnes pour registrer dans chacune d'elles les soins correspondants à une période de temps déterminée. Si les événements de soins programmés exigent plus de 12 colonnes, on utilisera une deuxième feuille pour ce jour.

Les données non prévues dans cette section du formulaire et recueillies lors de chaque contrôle, peuvent être ajoutées comme des notes dans l'espace libre à la fin de chaque colonne au verso du formulaire.

HEURE DE SOINS PROGRAMMÉS. Noter heure (0-24) et minutes du commencement des soins programmés ou non programmés

"QUI M'A SOIGNÉ". On note le nom, initiales ou code de la personne qui fait les soins.

"VIENNENT ET M'APPORTENT DU LAIT" "Maman". On note **OUI** si la mère a été auprès de son enfant pendant l'intervalle préalable ou pendant les soins registrés dans cette colonne. On registre **NON** si elle n'y est pas venue. **"Papa"**: On note **OUI** si le père a été auprès de son enfant pendant l'intervalle préalable ou pendant les soins registrés dans cette colonne. On registre **NON** s'il n'y est pas venu.

COLLECTE DU LAIT MATERNEL. On note le volume de lait (en millilitres) que la mère s'est extrait et a remis depuis le registre dans la colonne précédente.

PROTECTION THERMIQUE / HUMIDITÉ / POSITION. Noter les initiales correspondantes pour la protection thermique : Sac plastique, bonnet, robe, etc. Noter le **pourcentage d'humidité** si on dispose d'un hygromètre.

Noter la **position**: ventral (V), décubitus dorsal (DD), décubitus latéral droit (DLD) ou gauche (DLG).

Section CONTRÔLES VITAUX

CONTRÔLES VITAUX							
	ETAT DE CONSCIENCE	React	React	React	React	React	React
	TEMPÉRATURE AXILLAIRE / COUVEUSE	36.9/35.5		36.8/36.5	36/34.7	36.9/35.9	36.9/36.1
	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE / APNÉES	52 Apnée non ☒ oui ☐	Apnée non ☐ oui ☐	56 Apnée non ☒ oui ☐	56 Apnée non ☒ oui ☐	68 Apnée non ☒ oui ☐	58 Apnée non ☒ oui ☐
	FRÉQUENCE CARDIAQUE / PRESION ARTERIAL			153	157 46/30	144 43	
	COLEUR / TEMPS de REGAIN DE COULEUR	lct/2s	lct/2s	lct/2s	lct	lct	

Registrer les contrôles vitaux selon des critères uniformes. Dans certaines variables on a inclus une aire jaune (angle inférieur droit) pour remarquer les valeurs indiquant alerte ou franche anormalité.

ÉTAT DE CONSCIENCE. On évalue à travers l'observation et la réponse à des stimulations. C'est la mise en valeur générale de l'état de veille du nouveau-né. Noter: VEILLE / SOMMEIL NORMAL. L'important c'est la valeur évolutive de cette condition. En cas de réactivité déprimée ou hyperexcitabilité, on notera une croix sur la case jaune.

TEMPÉRATURE AXILLAIRE. Noter la température du nouveau-né en Degrés Celsius prise dans la zone axillaire ou inguinale.

TEMPÉRATURE DE LA COUVEUSE.
Registrer la température intérieure de la couveuse en degrés Celsius.

FRÉQUENCE RESPIRATOIRE. Noter la valeur de la FRÉQUENCE

RESPIRATOIRE mesurée en une minute complète.

RESPIRATION PÉRIODIQUE ET APNÉES. Noter si on a observé un patron de respiration périodique avec des périodes de fréquence respiratoire normale ou élevée et de périodes de ralentissement.
Registrer **NON/OUI** l'absence ou présence d'apnées, (périodes supérieures à 20 secondes sans ventilation spontanée), avec bradycardie, cyanose ou chute de la saturation d'oxygène.

FRÉQUENCE CARDIAQUE. Noter le nombre de battements par minute.

TENSION ARTÉRIELLE. Quand le contrôle de la tension artérielle est indiqué, on notera la valeur systolique, diastolique et la moyenne calculée en mm. Hg.

COULEUR. Registrer la couleur du nouveau-né avec l'abréviation à usage local.

TEMPS DE REPRISE DE LA COULEUR. Registrer en secondes le temps où se complète la reperfusion d'une zone de la peau après une compression digitale. Si le temps de reprise de la couleur est supérieur à une seconde, l'indiquer avec une croix dans la case jaune.

PERTES. Cette section a 4 rangs pour registrer les pertes dans les douze colonnes de soins programmés.

Section: PERTES

PERTES									
	SANGUE PRÉLEVÉ			0,5	0,5			0,6	0,6
	MICTIONS		130	30/30		0/30	42/72	8/80	18/98
	DÉPOSITIONS			No		No	No	No	No
	RÉSIDUEL GASTRIQUE ET VOMISSEMENTS			0		0	0	2 mL	0

PERTES PENDANT LES 24 HEURES PRÉALABLES. Dans chaque rang il y a une case qui précède les colonnes de soins programmés où l'on note la valeur totale des pertes pendant les 24 heures préalables pour chaque point registré (sang extrait, mictions, dépositions/ drainages digestifs, résiduels gastriques et vomissements) Pour calculer le bilan hydrique on doit additionner à ces pertes mesurées, les pertes insensibles estimées pour évaporation de la peau. Le bilan hydrique est noté dans l'angle supérieur droit de cette grille, comme on l'a déjà expliqué précédemment.

SANG EXTRAIT. Noter les millilitres (mL.), avec un décimal, de sang extrait pour des examens de laboratoire.

MICTIONS. Registrer le volume total; d'urine en millilitres (mL) émise par le nouveau-né depuis le registre précédent. On écrit UP s'il y a eu de l'urine perdue, qu'on n'a pas pu mesurer. La valeur du volume se mesure quand on utilise collecteur d'urine ou s'estime par double pesée de la couche. On indique dans la case jaune quand la diurèse est inférieure ou supérieure à la normale pour ce moment.

DÉPOSITIONS. Noter le nombre de dépositions depuis le registre précédent ou le volume de l'iléostomie et/ ou colostomie. Dans la même case on peut noter le TYPE selon le code défini par l'Unité. Si le type est anormal on l'indique dans la case jaune.

RÉSIDUEL GASTRIQUE - VOMISSEMENTS. Quand on observe le résiduel gastrique dans une aspiration gastrique programmée, on note le volume en millilitres (mL) et on écrit l'abréviation à usage local indiquant ses caractéristiques (clair, avec de la bile, aliment, sang frais ou sang digéré). S'il n'y a pas de résiduel on indique négatif (-). Si dans cette période préalable il y a eu des vomissements, on registre le volume estimé et ses caractéristiques. Si le résiduel est supérieur au normal ou il vomit, on l'indique dans la case jaune.

Section APPORTS

APPORTS PENDANT LES 24 HEURES PRÉALABLES

Il y a une case qui précède la première colonne de soins programmés, où on note la valeur totale d'entrées pendant les 24 heures préalables, reçus par voie orale ou parentérale.

APPORT ORAL

APPORT ORAL		PRÉALABLES						
	TYPO ET VOLUME							
	MODE D'ADMINISTRATION							

TYPE ET VOLUME. On registre le volume en millilitres (mL), administré à ce moment. Si l'infusion entérale est continue on registre ce qui a été administré depuis le registre précédent, y compris le volume administré qui a pu être extrait comme résiduel gastrique. On registre le type d'aliment administré : Lait Humain, Lait Humain avec Renforcement ou huiles, Lait de vache modifié ou Eau avec glucose.

FORME D'ADMINISTRATION. On registre si c'est par Sonde orogastrique (SOG), Gastroclyse continue (GC), Goutte-à goutte, Verre ou Petite Cuillère (selon code local), Directement du Sein (DS) ou Biberon (Bib.).

APPORT PARENTÉRAL

APPORT PARENTÉRAL	VOIE CENTRALE / PÉRIPHÉRIQUE	VOIE	24 HS. PRÉALABLES						
				CUV/CUA/-		CUV/CUA/-			
1	APT		41.2	1.5/0	4.2/2	4.2/16	22.6	42.33	42/50
2	Sol.		49	2.7/0	27/2				
3	Insulina		5.3	0.4/0	0.1/0.2	0.1/06	0.7/0.1	1.0/0.1	01/1.3
4	PAM		3.3	0.1/0	"				
5									

Cette section a des espaces qui peuvent être utilisés de diverse manière, selon les pratiques de registre locales. Avec le consensus des professionnels de différents milieux on fait une proposition de registrer les voies d'infusion et les fluides administrés.

VOIE CENTRALE/ VOIE PÉRIPHÉRIQUE

L'utilisation d'une Voie Veineuse Centrale (VVC) est registrée à gauche de la case. S'il s'agit d'un percutané, on registre le lieu où est posé l'endroit de ponction. En plus on ajoute la lettre "P" le jour où il est

posé, “R” le jour où il est retiré, “RI” si on le retire pour être infiltré, “PB” n’en a pas besoin.
S’il s’agit d’un Cathétère Veineux Ombilical CVO ou un Cathétère Artériel Ombilical (CAO) on le registre à la même place.
L’utilisation d’une Voie Veineuse Périphérique (VVP) on le registre à droite de la case.

APPORTS PENDANT LES 24 HEURES PRÉALABLES.
Dans chaque rang il y a une case qui précède la 1ère colonne de soins programmés, où on note le volume total administré par chacune des voies parentérales. Le calcul du bilan hydrique se fait en soustrayant les apports des pertes.

APPORT EN CHAQUE VOIE (1-4). On l’enregistre dans quatre rangs, en utilisant chaque rang pour des infusions indépendantes.

TYPE d’infusion. On note dans chaque rang: SG 5%, 10%+ions, Globules Rouges Concentrés (GRC en rouge), Plasma (PL), Alimentation Parentérale Totale (APT), Alimentation Parentérale Partielle (APP), Dopamine (Dopa), Antibiotiques (ATB), Albumine (Alb), etc.

VOLUME. On note les volumes à administrés ou déjà administrés. Au moment de commencer une infusion parentérale, registrer (dans le secteur supérieur gauche de la case) le volume de la solution à administrer en une certaine période de temps. On recommande qu’elle soit mise dans un mesureur volumétrique ou seringue dont l’infusion se fait par pompe.
Au moment suivant des soins programmés, on lit et registre le volume qui reste dans le mesureur volumétrique ou seringue. La différence avec le volume à administrer, noté lors du contrôle préalable c’est le volume qui a été déjà administré au nouveau-né.
Si on descend un volume nouveau de solution au mesureur volumétrique il faudra mettre une flèche descendante (↓) à côté de la quantité notée.
Quand on suspend de façon transitoire l’administration du volume qu’on est en train d’administrer, pour passer à un autre, par exemple : Sang, on interrompt le registre dans ce rang et on en commence dans une autre. En recommençant on continue dans le même rang, dans la colonne correspondante à ce moment.

.

Section : SOINS PROGRAMMÉS

	HEURE DES SOINS PROGRAMMÉS	7 :45	9 :00	12:00	13 :30	16 :00
MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS	NOTER MÉDICAMENTS DOSE ET VOIE	Ampi i/v	Aminofil 8 mg i/v			Aminofil 2 mg i/v
	VOLUME ml					

HEURE DE SOINS PROGRAMMÉS. Sans chaque colonne, on répète celle qui correspond au moment du commencement des soins, qui a été noté au recto. se

MÉDICAMENT ACCOMPLI:

NOTER MÉDICAMENTS, DOSE ET VOIE. Registrer les médicaments, dose et voie d'administration qui doivent correspondre avec les indications médicales.

VOLUME mL. Quand on administre les médicaments, on registrera le volume total administré à ce moment. On exclue des notes les médicaments qui ont été déjà registrés dans la Section de: APPORTS PARENTÉRAUX. (Par ex.: la Solution Bicarbonate 1/3 Molaire, Sol. Glucose à 10% i/v en bolus, etc.). Ces registres, de volume total administré comme médicament, devront s'ajouter à l'apport parentéral pour le calcul du bilan hydrique.

Section: SOINS RESPIRATOIRES

SOINS RESPIRATOIRES												
	SET / Nasal / Tente / Secretions Quantité - Type		Set / -				CPAP/+++		+++		+++	
	PIM PPC PMVA	FR Temps Insp. Drainage Thorax	14 3	20 0,3			CPAP 6		CPAP 6		CPAP 6	
	FiO_2	SaO_2	21	95%	21	90%	21	91%	21	94%	21	93%

SET- Nasal- Tente/. On registrera si le nouveau-né ventile à travers une Sonde Endotrachéale, on note l'abréviation et la taille de la sonde (SET #), une Canule Nasale ou pièce Nasale (N) ou s'il respire à l'intérieur d'un Tente (T), Halo (H).

SÉCRÉTIONS quantité-type. On registrera la présence de sécrétions respiratoires anormales en quantité ou type. La quantité est exprimée + jusqu'à +++. Le type veut dire si elles sont muqueuses, (M), purulentes (P), avec du sang (S).

PIM (Pic Inspiratoire Maximal) c'est la valeur de la pression exprimée en centimètres d'eau dans le pic inspiratoire du cyclage à pression positive du ventilateur.

PPC c'est Pression Positive Continue, l'équivalent à CPAP o CDPAP (en anglais: Continuous Positive Airway Pressure). En cas de utilisation endotrachéale ou nasale on registrera de la même manière puisque au rang précédent on a registré la voie endotrachéale ou nasale (SET o N).

PMVA, c'est la Pression Moyenne en Voie Aérienne.

FR c'est la Fréquence des Cycles de Pression Positive. La Fréquence Respiratoire Spontanée du patient est registrée au recto.

Temps Insp. C'est le Temps Inspiratoire du Cycle de Pression Positive du Ventilateur. Dans certains modèles cette lecture est disponible, il peut aussi être estimé avec très peu de précision.

FiO_2. On registre les valeurs de Fraction Inspirée de Oxygène. Ces valeurs peuvent se lire directement du mélangeur de gaz du ventilateur ou bien être mesurées avec l'oxymètre. Si le patient ne reçoit pas d'oxygène additionnel, on indique qu'il respire de l'AIR.

SaO_2. On registre la saturation d'oxygène selon la lecture du saturomètre de pouls.

Section: EXAMENS PARACLINIQUES

EXAMENS PARACLINIQUES			
	NOTER RÉSULTANTS	Hgt 1.12 µg/dL	Hgt 1.03 µg/dL Hgt 1.12
	DEMANDÉS	NOTES ADDITTIONELLES ET SOINS	
	GASO 7:30 Rx Tórax	Stable, avec des oedèmes On enlève le tube, bien toléré Abondantes sécrétions On retire sol i/v et PAM	Stable, en CPAP Abondantes sécrétions nasales Pas mobilisé l'intestin

NOTER DES RÉSULTATS. Dans cet espace de chaque colonne on note les résultats des examens paracliniques réalisés dans cet intervalle ou reçus s'il s'agit d'examens qui exigent d'attendre le laboratoire. Par ex. : gazométrie à ce moment ou rapport de TSH de la naissance.

DEMANDÉS. On écrit les examens et les interconsultations demandés ce jour.

ON REQUIERT

IL FAUT	oui	non	
APPUI PSYCHOSOCIAL	X	○	
ASSISTANTE			
PSYCHOLOGUE	X	○	
ASSISTANTE SOCIALE	X	○	

Dans cet espace on note quotidiennement la demande d'appui psychosocial NON /OUI correspondant. Ne pas oublier que chez toutes les mères il faut faire une évaluation 14 jours après l'accouchement car quand leurs enfants demeurent hospitalisés, il est très fréquent qu'elles aient besoin d'un appui spécial.

ELLES SONT ASSISTÉES

Dans cet espace on note **NON/OUI** s'il y a eu ou pas assistance de personnel de Psychologie ou Assistance Sociale.

Section : OBSERVATIONS

OBSERVATIONS ADDITIONNELLES DES INFIRMIÈRES. Cet espace peut être subdivisé avec des lignes verticales entre deux services d'infirmières et il est prévu pour y écrire des observations des infirmières qui ne sont pas codées au préalable et n'ont pas été registrées dans les soins programmés des colonnes de la même période.

NOTES ADDITTIONELLES ET SOINS			
Stable, avec des oedèmes	Stable, en CPAP	Stable, en CPAP	Stable, en CPAP
On enlève le tube, bien toléré	Abondantes sécrétions	Abondantes sécrétions	Abondantes sécrétions
Abondantes sécrétions	nasales	nasales avec du sang	On a fait un lavage gastrique
On retire sol i/v et PAM	Pas mobilisé l'intestin	Résiduel gastrique avec du sang	
		On interrompt l'insuline 23h00	

SOINS DES INFIRMIÈRES PROGRAMMÉS.
Les infirmières écrivent ici les soins individuels du nouveau-né et ceux de sa mère et famille impliquées avec les soins de celui-ci.

TRAITEMENT PRESCRIT. On y note tous les jours les indications médicales et leurs modifications pendant les 24 heures suivantes. Utiliser des caractères d'imprimerie clairs.

TRAITEMENT MÉDICALE (utiliser petits caractères d'imprimerie clairs)
Aminofilina 8 mg i/v (1ª dose) + 2 mg i/v c/8 hs
Ampicilina 100 mg i/v c/12 hs
Gentamicina 5 mg i/v c/48 hs
Indometacina 0,1 mg i/v a pasar en 30 minutes
Insulina 0,1 mL/heure heure 23:00 suspendre insulina
APT a 4,2 mL/h - Augmenter a 5 m/h (h 16:00)

Une fois finie, la grille de chaque jour peut rester à côté du berceau ou de la couveuse du nouveau-né pendant un jour ou plus, selon les pratiques locales et ensuite on l'inclut dans le dossier clinique, de façon ordonnée, après les formulaires d'Hospitalisation Néonatale.

L'information contenue dans ce registre est le document le plus complet des conditions du nouveau-né, de sa santé et maladie, sa croissance et développement ainsi que des prescriptions et des soins pendant qu'il est hospitalisé. Il est complété avec le registre du raisonnement clinique de ceux qui le soignent.

ANEXO

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DE MALADIES (CIM) LIÉES À DES GROSSESSES FINISSANT EN AVORTEMENT

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DE MALADIES (CIM) LIÉES À DES GROSSESSES FINISSANT EN AVORTEMENT

Grossesse finissant en avortement (000-008)
Exclut: grossesse qui continue après avortement d'un fœtus ou plus (031.1)

O00 Grossesse ectopique
Inclut: rupture de grossesse ectopique
Utiliser code additionnel de la catégorie O08.-, si on veut identifier une complication associée.

O00.0 Grossesse abdominale
Exclut: soins maternels pour foetus viable en grosses se abdominale (O36.7)
Accouchement de foetus viable en grossesse abdominale (O83.3)

O00.1 Grossesse tubaire
Grossesse fallopienne
Rupture de l'oviducte ou trompe (de Fallope) dû à grossesse
Avortement tubaire

O00.2 Grossesse ovarienne

O00.8 Autres grossesses ectopiques
Grossesse: cervicale
cornuale
intraligamentaire
murale

O00.9 Grossesse ectopique, non spécifiée

O01 Môle hydatiforme
Utiliser code additionnel de la catégorie O08.-, si on veut identifier une complication associée.
Exclut: môle hydatiforme maligne (D39.2)

O01.0 Môle hydatiforme classique
Môle hydatiforme complète

O01.1 Môle hydatiforme, incomplète ou partielle

O01.9 Môle hydatiforme, non spécifiée
Maladie trophoblastique SAI
Môle vésiculaire SAI

O02 Autres restes ovulaires anormaux
Utiliser code additionnel de la catégorie O08.-, si on veut identifier une complication associée.
Exclut: foetus papyracé (O31.0)

O002.0 Oeuf sans embryon et môle non hydatiforme
Môle: charnue
intrautérine SAI
Oeuf pathologique

O02.1 Avortement retenu
Mort foetale précoce, avec rétention du fœtus mort
Exclut: Avortement retenu avec:
Œuf sans embryon (O02.0)
môle: hydatiforme (O01.-)
non hydatiforme (O02.0)

O02.8 Autres restes ovulaires anormaux spécifiés
Exclut: l'association avec:
Œuf sans embryon (O02.0)
môle: hydatiforme (O01.-)
non hydatiforme (O02.0)

O02.9 Restes ovulaires anormaux non spécifiés
Les suivantes subdivisions de quatrième caractère sont utilisées avec les catégories 003-006:
Remarque: Dans la définition d'avortement incomplet on inclut :

.0 Incomplet, compliqué avec infection génitale et pelvienne
Avec affections en O08.0

.1 Incomplet, compliqué par hémorragie excessive ou tardive
Avec affections en O08.1

.2 Incomplet, compliqué par embolie
Avec affections en O08.2

.3 Incomplet, avec d'autres complications spécifiées et non spécifiées
Avec affections en O08.3-O08.9

.4 Incomplet, sans complication

.5 Complet ou non spécifié, compliqué par infection génitale et pelvienne
Avec affections en O08.0

.6 Complet ou non spécifié, compliqué par hémorragie excessive ou tardive
Avec affections O08.1

.7 Complet ou non spécifié, compliqué par embolie
Avec affections en O08.2

.8 Complet ou non spécifié, avec d'autres complications spécifiées et non spécifiées
Avec affections en O08.3-008.9

.9 Complet ou non spécifié, sans complication

O03 Avortement spontané
(Voir avant O03 Pour les subdivisions)
Inclut: Avortement spontan

O04 Avortement médical [1]
(Voir avant O03 Pour les subdivisions)
Inclut: interruption de la grossesse
- légale
- thérapeutique
avortement thérapeutique

O05 Autre avortement
(Voir avant O03 Pour les subdivisions)

O06 Avortement non spécifié[2]
(Voir avant O03 Pour les subdivisions)
Inclut: avortement induit SAI

O07 Essai manqué d'avortement[3]
Inclut: échec de l'essai de l'induction de l'avortement
Exclut: avortement incomplet (O03-O06)

[1] Concerne SPÉCIFIQUEMENT L'interruption LÉGALE ou THÉRAPEUTIQUE de la grossesse, indépendamment de la méthode d'évacuation utilisée. Il est possible que l'utilisation de médicaments ou agents pharmacologiques dans la réalisation du procédé NE soit pas impliquée.
[1] Ici on inclut tout avortement ou toute interruption de la grossesse quand on n'a pas connaissance de cause.
[3] Ce code peut SEULEMENT être utilisé en cas d'une interruption manquée de la grossesse, LÉGALE ou THÉRAPEUTIQUE, comme
On le décrit dans la première note au bas de la page.

O07.0 Avortement médical manqué, par infection génitale et pelvienne
Avec affections en O08.0

O07.1 Avortement médical manqué, compliqué par hémorragie excessive ou tardive
Avec affections en O08.1

O07.2 Avortement médical manqué, compliqué par embolie
Avec affections en O08.2

O07.3 Avortement médical manqué, avec d'autres complications et les non spécifiées
Avec affections en O08.3-008.9

O07.4 Avortement médical manqué, sans complication
Essai manqué d'avortement médical SAI

O07.5 Autres essais manqués d'avortement et les non spécifiés, compliqués par infection génital et pelvienne
Avec affections en O08.0

O07.6 Autres essais manqués d'avortement et les non spécifiés, compliqués par hémorragie excessive ou tardive
Con afecciones en O08.1

O07.7 Autres essais manqués d'avortement et les non spécifiés, compliqués par embolie Con afecciones en O08.2

O07.8 Autres essais manqués d'avortement et les non spécifiés, avec d'autres complications et les non spécifiées
Avec affections en O08.3-O08.9

O07.9 Autres essais manqués d'avortement et les non spécifiés, sans complication
Essai manqué d'avortement médical SAI

O08 Complications après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire

Remarque: Ce code est fourni essentiellement pour la codification de la morbidité. Pour utiliser cette catégorie il faut faire référence aux guides et règles de codification de morbidité au volume 2 de la CIM version 2006

O08.0 Infection génitale et pelvienne après 'accouchement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Endométrite
Oophorite
Paramétrite
Pelvipéritonite consécutive à des affections
Salpingite classifiables en O00-O07
Salpingoophorite
Sepsis
Choc septique
Septicémie

Exclute: embolie septique ou septicopiémique (008.2)
infection des voies urinaires (008.8)

O08.1 Hémorragie excessive ou tardive après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Afibrinogénémie consécutive à des affections
Syndrome de défibrination classifiables en O00-O07
Coagulation intravasculaire

O08.2 Embolie après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Embolie (de):
SAI
gazeuse
- liquide amniotique
- caillot sanguin consécutif à des affections
pulmonaires classifiables en O00-O07
piémique
septique ou septicopiémique
savonneuse

O08.3 Choc après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Collapse circulatoire consécutif à des affections
Choc postopératoire classifiables en O00-O07

Exclut: Choc septique (008.0)

O08.4 Insuffisance rénale après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Oligurie consécutive à des affections
Rénale :
- Insuffisance rénale (aiguë)
- Suppression rénale consécutive à des affections
- Nécrose tubulaire classifiables en O00-O07

Urémie

O08.5 Troubles métaboliques après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Déséquilibre électrolytique consécutif à des affections classifiables en O00-O0 7

O08.6 Lésion d'organes ou tissus pelviens après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Lacération, perforation, déchirure ou traumatisme chimique (du, de l' ou de la)::
- vessie
- intestin, consécutive à des affections
- ligament large, classifiables en O00-O07
- col utérin
- tissu périurétral
- utérus

O08.7 Autres complications veineuses après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire

O08.8 Autres complications après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Infection des voies urinaires consécutive a des affections
Arrêt du coeur classifiables en O00-O07

O08.9 Complication non spécifiée après l'avortement, la grossesse ectopique et la grossesse molaire
Complication non spécifiée après des affections classifiables en O00- O07

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.

CDC 2001. Revised Guidelines for HIV counseling, testing and referral and Revised recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 50(RR-19).

CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. www.cdc. gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm. Last accessed on Sept 30, 2006.

Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.

Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.

Dyson L, McCOrmick F, Renfrew MJ. Interventions for Promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.

Fescina R, De Mucio B, Diaz Rossello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Faúndes A, editor. Segunda edición, Marzo 2007.

Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.

Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC: Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B (2005) From Public Health Emergency to Public Health Service: The Implications of Evolving Criteria for Newborn Screening Panels. http://www.cdc.gov/genomics/activities/publications/newborn.htm Accessed on October 23, 2006.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.

Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas. 2002.

McDonald SJ, Abbott JM. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. (Protocol)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Unidad de VIH/Sida. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo (OPS/DPC/CD/301/04). Unidad de Enfermedades Transmisibles Área de Pre-

vención y Control de Enfermedades (OPS/AD/DPC/CD) y CLAP. Montevideo: OPS, 2004 .

Organización Panamericana de la Salud. Grupo Étnico y Salud. 37 sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo (SPP37/10). Washington DC: OPS, 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión.
Washington DC: OPS, 1995.

Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua: Ipas, 2003.

Pena-RosasJP,ViteriFE.2006.Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane database of Systematic Review Issue 3. Art No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub2.

Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858. CD003248.pub2.

RobertsD,DalzielS.Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal enmujeres con riesgo de parto prematuro(RevisiónCochranetraducida).En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Shaw D. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S155. Epub 2007 Oct 24.

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, et al. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Bol Oficina Sanit Panam. 1983;95(2):163-172.

Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005. (Internet) http://www. paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/ EliminaSifilisLAC.pdf Último acceso 23 de marzo de 2007.

WHO 2005. Report of a WHO technical consultation on Birth Spacing. Department of Making Pregnancy Safer and Reproductive Health and Research.

WHO2006.StandardsforMaternalandNeonatalCare.DepartmentofMakingPregnancy Safer. 2006.

WHO 2006. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice.

WHO 2002. WHO antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the new model.

WHO 1993. Breastfeeding Counseling: A training course. WHO/CDR/93.4 UNICEF/ NUT/93.2.